

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

ABCÈS DU FOIE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

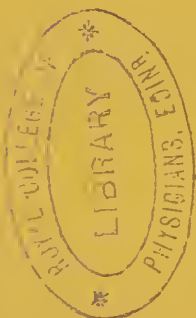
DES

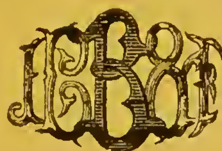
ABCÈS DU FOIE

PAR

Le docteur Victor **LEBLOND**

INTERNE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS
(BROUSSAIS, COCHIN, LOURCINE, MATERNITÉ DE COCHIN
ENFANTS-MALADES, LARIBOISIÈRE ET SAINT-ANTOINE.)
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE,
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.





PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le Boulevard Saint-Germain

1893

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES ABCÈS DU FOIE

INTRODUCTION

Il peut paraître étrange qu'on choisisse à Paris pour titre de thèse inaugurale un tel sujet de pathologie, pour ainsi dire exotique. Mais si l'on songe que l'extension de notre domaine colonial devient depuis quelques années considérable, que les voyages, de plus en plus faciles et rapides, sont fréquents aux pays chauds et qu'on en peut revenir touché par la dysentérie ou la malaria, causes essentielles d'abcès du foie, que les hépatites suppurées d'origine sporadique ne sont pas si rares, mais demeurent souvent méconnues, que les observations d'abcès du foie se multiplient dans les hôpitaux de Paris et qu'un diagnostic précoce et un prompt traitement s'imposent à qui les veut guérir, on conviendra que ces abcès méritent une sérieuse étude sur les difficultés de leur diagnostic et sur les exigences de leur traitement.

Tels sont les motifs qui m'ont dicté ce choix.

Aussi bien le basard m'a donné raison, puisque au cours de ces recherches il est entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Merklen, un malade revenant de Lisbonne avec un abcès du foie. L'opération m'en fut confiée, mais l'opéré mourut de complications pulmonaires et de dysentérie (1).

1. Nous avons eu la bonne fortune d'observer en même temps dans le service un abcès du foie, une pleurésie purulente diaphragmatique et un kyste hydatique suppuré : trois affections d'un diagnostic souvent très difficile.

Il ne suffit pas de choisir un sujet : il le faut encore préciser ; je m'attacherai donc en quelques lignes à en fixer les bornes, ne sachant pas d'autre méthode pour définir que de bien délimiter.

Or, la suppuration du foie peut avoir deux modalités distinctes : L'une correspond aux formes diffuses de péri-pyléphlébite et de périangiocholite par lithiase, ainsi qu'aux foyers métastatiques de l'infection purulente : c'est le groupe des petits abcès du foie, souvent impossibles à diagnostiquer, qui ne sont pas justiciables du bistouri et doivent être éliminés de cette étude.

L'autre répond à des foyers volumineux, plutôt uniques, sinon plus apparents et faciles à reconnaître, qui peuvent avoir mêmes causes que ceux du premier groupe ; mais ils succèdent le plus souvent aux variétés d'hépatite circonscrite, dont le type est l'hépatite des pays chauds.

Ce dernier mode de suppuration sera l'objet de ce travail ; je crois qu'on y peut ajouter les abcès du foie, souvent uniques et volumineux, causés par des ulcérations de fièvre typhoïde, de typhlite ou d'appendicite.

A la vérité, il ne faut rien exagérer, car il est facile aujourd'hui, grâce aux embolies microbiennes, d'assimiler le processus de l'hépatite dysentérique à celui des abcès métastatiques, et les différences sont parfois bien minimes entre les abcès dysentériques et les abcès métastatiques.

Au cours de ces recherches j'ai parcouru un nombre considérable d'observations ; je ne les donnerai pas toutes, mais publierai seulement celles qui m'ont paru les plus intéressantes à quelque point de vue.

Pour l'étude du diagnostic, le plan suivi est sans doute artificiel ; il m'a semblé le plus capable de mettre un peu d'ordre et de clarté dans cette difficile question.

Au reste, si ce travail vaut quelque chose, le mérite en est aux maîtres qui, par leurs leçons, leurs conseils ou

leurs exemples ont durant neuf années guidé mes études médicales :

A M. *Périer*, à qui je dois le meilleur de mon instruction chirurgicale, et qui m'a montré pendant deux années entières comment un habile chirurgien, de grande expérience, pouvait avoir excellent cœur et charmant caractère.

A M. *Merklen*, maître affable et bienveillant, qui apporte à son enseignement clinique les ressources d'une vaste érudition et d'un parfait dévouement ; c'est dans son beau service que j'ai eu le bonheur de faire ma quatrième année d'internat et d'achever mon éducation médicale.

A M. *Bouilly*, qui m'a laissé la plus large initiative dans son service d'accouchements de l'hôpital Cochin, et m'a fait profiter en gynécologie de la sûreté de son diagnostic et de son habileté opératoire.

A M. *de Saint-Germain*, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, qui m'initia à la pratique de la chirurgie infantile, et dont je n'oublierai jamais les utiles leçons de sa longue expérience.

A mes autres maîtres dans les Hôpitaux, MM. *Nélaton*, *Th. Anger*, *Ficqué*, *Tuffier et Hennequin.*

MM. *Dumontpallier*, *Troisier*, *Comby*, *Josias*, *Chauffard*, *de Beurmann et Chantemesse.*

Je dois remercier mes amis, H. Angerant, Jayle, Ch. Lévi et Lima de leurs recherches et de leurs traductions anglaises, italiennes et espagnoles.

Que M. le professeur *Tillaux* agrée l'expression de ma vive reconnaissance pour ce qu'il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Novembre 1892.

PREMIÈRE PARTIE

DIAGNOSTIC DES ABCÈS DU FOIE

Avant d'aborder le diagnostic des abcès du foie ainsi délimités, j'essaierai en quelques lignes d'en esquisser rapidement une étude symptomatique. A choisir ainsi un cas moyen, le procédé est trop classique, sans doute, idéal et surtout artificiel, et l'on risque de tracer un tableau clinique assez exact, mais inachevé, et qui laisse dans l'ombre des détails intéressants, mais sans relief et sans caractères ; ou bien on fait une description incomplète, se rapportant à tels cas, juste en certains points, en d'autres presque erronée.

Mais j'y grouperai le plus grand nombre possible de symptômes, tâchant que ce groupe n'ait rien d'abstrait et réponde réellement à la majorité des faits.

Souvent, dans l'abcès du foie, quelques symptômes essentiels peuvent manquer et les traits caractéristiques du tableau n'être qu'ébauchés, et la maladie reste en quelque façon incomplète : d'autres fois une forme d'abord régulière est bientôt toute défigurée par la prédominance ou par la gravité excessive de quelques phénomènes morbides, qui exagèrent certains éléments du diagnostic, qui en atténuent ou suppriment certains autres, et rendent malaisé un diagnostic qui le plus souvent serait très facile.

Par là, par ces cas frustes et ces obscurs symptômes, on conçoit comment un abcès du foie peut se confondre avec la tuberculose pulmonaire ou un cancer de l'estomac, avec un kyste hydatique du foie ou un phlegmon périné-

phrétique, avec la pleurésie purulente, un abcès du grand droit ou la fièvre typhoïde.

Seulement, pour mettre un peu d'ordre en cet exposé, fallait-il énumérer simplement tous les signes d'abcès hépatiques en glissant sur les uns et insistant sur les autres, ou valait-il pas mieux étudier ces abcès suivant leurs modes d'apparition, de développement et de terminaison, et prendre successivement l'abcès à marche subaiguë, l'abcès à marche aiguë et l'abcès à marche chronique. Cette dernière méthode a semblé préférable et l'on parlera d'abord de l'abcès à marche subaiguë, le plus fréquent dans les pays chauds et même dans nos régions, soit qu'il succède à une dysentérie tropicale, soit qu'il ait pour cause une affection habituelle à nos climats (diarrhée nostras, lombrics, calculs biliaires, etc.)

Abcès du foie à marche subaiguë.

Au cours d'une dysentérie ou d'une entérite simple, parfois longtemps après une attaque diarrhéique, apparaît une douleur sourde à l'hypochondre droit ou à l'épigastre : c'est le signal d'une congestion hépatique qui débute, réveillée par des fatigues, un refroidissement, ou un accès de fièvre paludéenne. Surviennent bientôt des troubles gastro-intestinaux, avec fièvre modérée, souvent sans caractère : ce n'est encore qu'une hépatite purement congestive, une simple hyperhémie du foie ; jusque-là le foie n'est que médical, mais si la suppuration peu à peu l'envahit, il deviendra chirurgical. Puis, en un temps variable, de deux à quatre semaines, l'intensité des phénomènes locaux et généraux augmente et l'abcès est formé.

Alors, *la maladie entre en sa période d'état :* encore peu apparents au début, les symptômes généraux se dessinent plus nettement pour dominer parfois la situation, attirer seuls l'attention et laisser inaperçus quelques signes locaux pourtant caractéristiques. Outre les manifestations

dysentériques, persistantes ou atténuées, se montrent à intervalles irréguliers, des troubles digestifs (soif, anorexie, nausées, vomissements bilieux), accompagnés de pesanteur épigastrique dès qu'un aliment est absorbé : parfois la dysentérie fait place à des selles bilieuses ou même à une véritable constipation. « Ces accidents gastro-intestinaux, d'abord passagers, ne sont que des phénomènes sympathiques, suscités par la connexion fonctionnelle qui lie le foie aux autres parties de l'appareil digestif. » (1)

Tandis que s'accusent les accidents gastriques, *la fièvre* offre un caractère plus net : ce sont d'abord frissons vagues et petites horripilations, puis le mouvement fébrile plus marqué prend une allure rémittente, à paroxysmes survenant le soir, précédés de frissons, accompagnés d'inquiétude et d'agitation, et suivis de sueurs nocturnes. Le matin seulement se fait une légère rémission.

Cet accès se peut reproduire aussi intense plusieurs fois chaque jour, ou survenir seulement à intervalles périodiques et simuler ainsi une fièvre intermittente, toujours rebelle à la quinine (Kelsch et Kiener).

Au reste, c'est le plus souvent le type de fièvre intermittente hépatique, assez analogue à l'accès décrit par Charcot et Regnard.

Au cours de la crise fébrile, le pouls est petit, mou, fréquent avec bruits du cœur affaiblis, liés à sa dilatation ; le cœur même est parfois déplacé et dévié à gauche (Pel) (2).

Cependant le malade se plaint de la région hépatique, où vont apparaître des signes et symptômes fort importants. Déjà nette au début de la maladie, *la douleur* prend vite un caractère bien tranché, encore que très variable chez tel ou tel sujet. Tantôt gêne obscure, ou

1. Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds*, 1889, p. 243.

2. Pel. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, p. 765.

sensation profonde de pesanteur, le plus souvent très aiguë, poignante ou pulsatile ou lancinante, siégeant surtout aux dernières côtes, parfois à l'épigastre ou dans l'hypochondre, au mamelon ou dans la fosse rénale, éveillée par un simple attouchement ou frôlement de la peau, augmentée par la moindre pression, un mouvement, la toux, le décubitus latéral, ou une profonde inspiration; s'irradiant à l'épaule et à la clavicule droites, à l'abdomen et même à la cuisse, cette douleur offre tous les degrés depuis le plus léger engourdissement jusqu'à l'angoisse la plus pénible et la plus insupportable souffrance. En certains cas sa localisation précise et ses irradiations pourront indiquer le siège exact de l'abcès, mais il ne faudra guère compter sur ce signe trompeur.

Par instinct, cette douleur diminue l'ampliation des mouvements du diaphragme et des dernières côtes droites et rend heurtée, pénible, saccadée et anxieuse la respiration du malade. La dyspnée souvent s'accompagne de petites quintes de toux sèche, semblable à la toux pleurétique, causée peut-être par l'irritation voisine de la plèvre diaphragmatique et que déjà Galien connaissait parfaitement.

Il est des cas où cette toux a pu donner le change et fausser le diagnostic (Kelsch et Kiener). Cette gêne respiratoire n'est pas seulement l'effet de la souffrance ; en partie aussi elle est due au volume du foie qui entrave l'expansion régulière du diaphragme et refoule le lobe inférieur du poumon.

A l'examen de la région, on est frappé de quelques signes vraiment caractéristiques.

La *tuméfaction du foie* peut déjà se constater à l'inspection, car l'hypochondre présente une voussure générale, uniforme, sans saillie spéciale ni déformation particulière : on dirait d'une masse globuleuse, enfermée sous la moitié inférieure droite du thorax. Les espaces intercostaux sont élargis, leur intervalle est comblé, et la

paroi abdominale un peu bombante se continue uniformément et sans ressaut avec le thorax.

Quelques veines sous-cutanées, bleuâtres et sinueuses, courent sous la peau de la région hépatique, de l'épigastre et même de la fosse iliaque. Si l'on palpe cette région voussurée, il est possible parfois de sentir un *frottement léger*, que l'auscultation fera mieux apprécier, surtout vers la ligne axillaire antérieure sur les septième et huitième côtes : c'est un excellent signe de périhépatite.

Une *mensuration attentive* donne un écart de un à deux centimètres, rarement plus, entre l'hémithorax droit et le gauche : aussi bien une si minime différence a peu de valeur puisqu'elle est souvent normale.

Les véritables dimensions du foie sont plutôt fournies par une *percussion* minutieuse, qui permet, sur le malade couché, de savoir jusqu'où la tumeur descend dans l'abdomen ou remonte dans le thorax en refoulant le poumon. Il n'est pas rare que la matité commence à la hauteur du mamelon et finisse au niveau de l'ombilic, mesurant ainsi jusqu'à 20 centimètres et davantage.

Si l'abcès se développe vers la superficie de l'organe et descend vers la cavité abdominale, la *fluctuation* profonde sera perçue, toujours malaisée et tardive ; aussi serait-ce imprudent et dangereux d'attendre son apparition pour affirmer l'existence d'un abcès du foie.

Douleur, *dyspnée*, *hypertrophie du foie* obligent le malade à une *attitude* un peu spéciale : pour mieux calmer ses souffrances et laisser le plus d'aisance à ses muscles respiratoires, il est étendu sur le dos, mais incurve à droite son corps dont la tête et le membre inférieur droit sont un peu fléchis ; « on le dirait tout pelotonné autour du côté droit » (Kelsch et Kiener). S'il y a moins de douleurs et de gêne respiratoire, le décubitus est assez indifférent : dorsal ou latéral droit ou gauche. Dans un cas de Pringle (Observations sur les maladies des armées),

le malade avait grande difficulté à respirer et se tenait appuyé sur les genoux et les mains.

Cependant le facies s'altère et prend une teinte spéciale, terreuse, couleur de boue (Younge) (1), quelquefois pâle d'une pâleur ictérique (Dutrouleau) (2), rarement imprégnée de bile. Les urines, peu abondantes, souvent albumineuses, foncées, d'une couleur bouillon trouble, qui rappellent les urines de brightique, renferment peu d'urée, parfois des peptones et dénotent la diminution du champ de l'uropoièse. Le malade faiblit peu à peu, ses forces disparaissent et l'amaigrissement augmente ; et si l'abcès n'est pas évacué d'une façon naturelle ou chirurgicale, la mort viendra, hâtée par la fièvre continue et l'hecticité, par la diarrhée et la suppuration. Cette évolution se sera faite en 6, 8 ou 10 semaines, suivant les cas. Parfois, prenant une allure moins rapide, la maladie peut s'améliorer brusquement, présenter des symptômes atténués et rentrer dans la forme chronique.

Abcès du foie à marche lente.

Cette forme, qui a pu débuter d'une manière aiguë ou mieux subaiguë, prendra souvent d'emblée un caractère chronique. Plus encore que dans la précédente, les symptômes seront très variables d'un sujet à l'autre, tantôt avec des paroxysmes, rémissions et intermissions plus ou moins complètes, tantôt insidieux et dissimulés et ne se révélant que fort tard et d'une manière toute fortuite. Souvent on y observe un état mental profondément troublé (mélancolie, hypochondrie), sur lequel Hammond a beaucoup insisté (3). Ainsi la suppuration hépatique s'établit

1. Younge. *Medical Press and Circular*, 1889, t. 48, p. 202.

2. Dutrouleau. *Maladies des Européens dans les pays chauds*. 1868.

3. Hammond. *J. nerv. and Ment. Dis. Chicago*, cité *in Gaz. hebdom.*, 1880, p. 772.

et progresse lentement, sans se manifester autrement que par une hypertrophie du foie ou même sans retentir d'une façon nette sur l'organisme. Parfois l'état général demeure longtemps mauvais, et l'on n'en peut saisir la cause réelle; et la suppuration ne sera décelée qu'à l'autopsie ou s'il survient des signes de pénétration du pus dans une cavité voisine.

« Ce silence de lésions souvent aussi profondes, opposé à l'évolution si tumultueuse de la maladie en d'autres cas, constitue un des traits les plus curieux de l'hépatite suppurée. Quand l'affection a ainsi poursuivi lentement son cours, la nutrition se détériore de plus en plus, les forces s'usent peu à peu, l'amaigrissement augmente chaque jour, les membres s'infiltrent et le malade succombe dans le marasme. » (Kelsch et Kiener).

Ainsi cette forme, caractérisée par la bénignité apparente des symptômes au début, mais dont la marche peut être interrompue soudain par des accidents graves, durera de longs mois.

Abcès à marche aiguë.

Assez fréquente aux pays chauds, chez nous extrêmement rare, cette forme offre des traits si saisissants et de si nets symptômes qu'elle s'impose à l'observateur le moins exercé. Elle survient d'emblée, ou après quelques poussées congestives si communes au début de la forme subaiguë. L'invasion subite s'annonce par une fièvre intense, avec frissons, nausées et vomissements bilieux, par une douleur souvent très vive à l'hypochondre droit, irradiée à l'épigastre et surtout à l'épaule droite, et qui peut avoir tous les caractères déjà signalés dans la forme subaiguë. Puis à l'accès initial succède une fièvre continue, rémittente, avec agitation, respiration haletante, que gênent encore des quintes de toux. Le teint anémié ou blême exprime la souffrance et l'anxiété.

Les désordres fonctionnels du tube digestif sont constants : langue sale et jaunâtre, avec papilles proéminentes (Younge), soif vive, nausées et vomissements habituels, selles rares : ce sont en somme tous les symptômes énumérés dans la forme subaiguë, mais leur intensité est accrue (Kelsch et Kiener).

Vers le cinquième ou sixième jour peut se faire une légère détente, qu'annonce l'atténuation de la fièvre et des souffrances ; mais cette amélioration passagère n'est que séduisante, et la maladie reprend vite une acuité nouvelle dont la signification est bien nette : c'est une recrudescence de la douleur locale, c'est une fièvre d'accès irréguliers, surtout vespéraux, s'annonçant par des frissons et terminés par des sueurs, c'est une somnolence continuelle et une rapide diminution des forces : tous signes d'une suppuration certaine. En peu de jours le pus va faire une tumeur plus ou moins fluctuante entre les côtes, à l'hypochondre, à l'épigastre, ou bien l'irruption subite de l'abcès se révèlera dans une cavité voisine. Mais si pareille issue ne se fait pas, si l'intervention est trop tardive, la fièvre persistante, les forces épuisées, le délire et les phénomènes ataxo-adynamiques qui s'aggravent, un état typhoïde profond présagent une fin prochaine, et l'on trouve à l'autopsie auprès d'un grand abcès de petits foyers multiples, encore en formation (Kelsch et Kiener).

Cette évolution peut durer 15 ou 20 jours.

Parfois la mort surprend le malade : tel ce médecin militaire, cité par Mac Lean, qui brusquement pris de syncope et de violent frisson, en passant un examen, succombe le lendemain pendant une vomique.

Dans ce court tableau des trois formes possibles d'abcès du foie peut-on trouver quelques *signes ou symptômes caractéristiques ?* En d'autres termes, y en a-t-il qui aient une valeur séméiologique ?

Parmi les troubles généraux du début, les accidents gastriques n'ont aucune signification ; par son allure spé-

ciale, continue, rémittente, la fièvre en a davantage. Les phénomènes fonctionnels (toux, dyspnée, mode respiratoire), sont d'une affection pleuro-pulmonaire et peuvent rappeler la pleurésie. Seule la douleur est remarquable par sa nature, son siège et ses irradiations, mais elle est mobile et variable d'un sujet à l'autre. Qu'on y joigne l'aspect de la région, l'étendue de sa matité, la déformation et la voussure du thorax, l'écartement des espaces intercostaux effacés, l'œdème ou l'empâtement local chez un malade dysentérique ou récemment guéri d'une diarrhée, et l'on pourra songer à un abcès du foie. C'est déjà beaucoup de soupçonner une hépatite suppurée, car une *ponction exploratrice* permet de dissiper tous les doutes et de changer en certitude l'existence possible ou probable de la suppuration. Si cette ponction est le premier temps du traitement chirurgical, c'est aussi un contrôle nécessaire et essentiel du diagnostic : j'en dirai donc ici quelques mots.

Elle doit être hâtive, faite le plus proprement du monde, au siège maximum de la douleur, si possible, ou bien au point le plus saillant ou fluctuant de la collection, dans un espace intercostal ou dans l'hypochondre. Répétée fréquemment avec la seringue de Pravaz, avec le petit ou mieux le moyen trocart de l'aspirateur Potain (car le pus est souvent épais), cette ponction est inoffensive. Lavigerie l'a montré par des expériences sur les chiens (1); de nombreux faits cliniques prouvent que chez l'homme cette pratique a pu se renouveler sans crainte pour le tissu hépatique (2) : l'un des plus convaincants est celui de M. Jaccoud (*Gaz. des hôpitaux*, 1867) où après une douzaine de ponctions l'autopsie montra le tissu du foie presque sans altération (3).

1. Lavigerie. Thèse de Paris, 1866. — Léo. *Archives de médecine navale*, 1890, t. 54.

2. Mittre. Thèse de Lyon, 1887.

3. Pourtant dans ce cas, M. Jaccoud, une fois le trocart retiré,

L'exploration sera donc répétée jusqu'à ce qu'on ait rencontré le pus ou qu'on se soit assuré de son absence : sinon on s'exposerait à l'insuccès de M. Quénu qui, après ouverture de l'abdomen et le foie mis à jour, enfonça un trocart dans le tissu hépatique et ne trouvant pas de pus referma la cavité abdominale. Quelques jours après, l'autopsie montrait deux litres de pus dans un abcès de foie, dont le siège était à quelques millimètres du point ponctionné (Soc. de chirurgie, 1891).

Dans certains cas d'abcès profonds, le résultat négatif de plusieurs ponctions, joint à l'obscurité des signes physiques, rend le diagnostic souvent très difficile (1).

Malgré l'innocuité de ces recherches, il sera mieux de ne pas les multiplier en une même séance ; on se contente en général de 3 ou 4 ponctions successives, pour en reprendre l'essai quelques jours après, si les accidents n'ont pas cessé. Il est vrai de dire que parfois ils ont été heureusement modifiés par cette saignée hépatique. Tantôt la ponction amène un grand soulagement peut-être dû à l'évacuation d'une faible quantité de sang et à la disparition de la congestion ; mais dans ces cas, si minime a été la perte de sang qu'on ne peut guère lui attribuer cette amélioration : on a encore invoqué la disparition de la tension par la ponction de la capsule, mais l'ouverture faite par l'aiguille est bien petite.

Quoi qu'il en soit, la chose est à noter.

Il y a plus encore : cette ponction a été recommandée par Harley comme moyen de guérison, et Atsch a cité un cas de Cameron où un foie hypertrophié reprit son volume

a noté une vive douleur dans le côté, l'épaule et le bras droits, avec paralysie du bras et de la main. Boyer avait déjà observé ces accidents dans les blessures de la face convexe du foie : ils sont à rapprocher des accidents réflexes bizarres, signalés dans la thoracentèse (Rendu) ou dans la ponction des kystes du foie (Debove).

1. Henderson. *Lancet*, 1883, t. II, p. 95.

normal après une série de ponctions faites à la recherche d'un abcès qu'on ne trouva pas (1).

Mais cette aiguille exploratrice, comment l'enfoncer ? Perpendiculairement aux côtes, si l'on fouille l'organe dans sa portion thoracique ; obliquement en haut et en arrière, si l'on sonde dans sa portion abdominale un foie qui déborde assez peu les fausses côtes. Ponctionner d'abord à une petite profondeur et aspirer doucement; si dans le corps de la seringue le pus ne monte pas ou ne coule point dans le récipient de l'appareil Potain, pénétrer lentement plus loin jusqu'au foyer de l'abcès. L'aiguille qui entre dans une collection hépatique, où le pus est épais, ne donne pas cette sensation nette de cavité que l'on perçoit à la ponction d'un épanchement pleural par exemple.

Le *contenu d'un abcès du foie* est très variable d'aspect, de couleur, de nature et d'éléments constituants. Tantôt c'est un pus louable, d'abcès chaud, gluant, blanc ou jaunâtre, ou bien jaune-verdâtre s'il est coloré par la bile (2). Ce pus, couleur de bile, ne s'observe pas seulement dans les abcès biliaires ; ainsi Sachs sur 16 grands abcès du foie constata 8 fois la coloration d'origine biliaire du contenu (3). D'autres fois c'est une bouillie grumeleuse, épaisse, brun-rougeâtre, de couleur lie-de-vin ou chocolat, teintée du sang épanché dans le foyer, ou encore de coloration jaune-ocre. Renvers trouva dans un cas une sérosité jaune, crémeuse, d'odeur douceâtre, dont la couleur était due à d'innombrables petits cristaux rhombiques de bilirubine (4). En somme, cette couleur variable du pus dépend de la proportion de globules sanguins et de cellules hépatiques qu'il renferme. En général inodore, il a souvent une odeur fade, mais le

1. Atsch. *Lancet*, 1889, I, 13.
2 Zehnder. *Munchen. medicinische Wochenschrift*, 1890, p. 322.
3. Sachs. *Archiv für Klin. Chirurgie*, 1876.
4. Renvers. *Berliner Klin. Wochens.*, 1890, p. 165.

simple voisinage de l'intestin lui pourra communiquer sa fétidité : c'est le cas de Justi où le pus sans aucun gaz était très puant (1). Quelquefois une ouverture accidentelle par les bronches ou l'intestin y développe des gaz et le rend infect (Arnaud) (2), (Kreig) (3) ; ce sont les faits de Sistach où la poche ponctionnée donne du pus mêlé de gaz (4) et de Fraenkel où le pus fétide contenait de nombreuses bactéries (5). Dans l'observation d'Eon (Thèse de Paris, 1847) un abcès fournit un pus sanieux, mêlé de gaz d'odeur stercorale et gangréneuse : à l'autopsie c'était une collection du lobe droit communiquant avec le colon transverse.

L'examen du pus éclaire vivement la question du diagnostic et du pronostic. Bruen a dans un cas reconnu l'origine du pus à la forme des cellules hépatiques (6) et Fenwick a montré que la présence de ces cellules nombreuses et intactes prouve une désagrégation rapide du tissu hépatique ; que si au contraire, ces cellules sont absentes ou en voie de désintégration, c'est un signe de résolution de l'abcès, et le pronostic est plus favorable. Mais quand l'aiguille exploratrice est petite, les fragments de foie sont si minimes qu'il faut liquéfier le pus, afin de mieux déceler leur présence (7).

Outre ces fragments de cellules hépatiques, souvent déformées et infiltrées de graisse, le pus renferme de nombreux leucocytes plus ou moins altérés, des corps granuleux, des globules rouges, parfois fragmentés, des cristaux variés et des microorganismes (Arnaud). Les cristaux, dont on a vu le rôle colorant, ont été dans un

1. Justi. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1882, XVII, p. 166.
2. Arnaud. *Marseille médical*, 1887, p. 146.
3. Kreig. *Medicinische Zeitung*, 1840, n° 9.
4. Sistach. *Mémoires de médecine et chirurgie milit.*, 1868, p. 455.
5. Fraenkel. *Deutsche medicin. Woch.*, 1891, p. 1311.
6. Bruen. *Philadelphia medical Times*, 1881, p. 90.
7. Fenwick. *Lancet*, 1877, t. 2, p. 715.

cas de M. Netter signalés comme « éléments incolores, immobiles et allongés, caractéristiques d'abcès des pays chauds sans dysentérie antérieure ».

Mais dans cette question du pus hépatique, il est un chapitre curieux : je veux parler de *la bactériologie ;* c'est le complément nécessaire de cette étude qui joue un rôle dans la thérapeutique chirurgicale.

Il faudrait, à ce point de vue, distinguer les abcès qui sont ou non d'origine dysentérique. La première recherche microbienne est, je crois, de M. de Gennes, qui dans un abcès opéré par M. Kirmisson trouva des diplocoques dans le pus et dans les ulcérations intestinales (1). L'année suivante Kartulis, d'Alexandrie, y signalait l'amibe du colon, cause de la dysentérie tropicale, et un grand nombre de microbes pyogènes (staphylocoque doré) dans les abcès idiopathiques et les abcès dysentériques (2). Quelque temps après, Bertrand démontrait l'existence intestinale de staphylocoques dorés ou blancs dans la dysentérie (3), et Souques trouvait des microcoques, diplocoques et staphylocoques dans des abcès multiples causés par une typhlite ulcéreuse (Société anatomique 1889). Kartulis conclut de nouvelles recherches que le staphylocoque pyogène se rencontre dans le pus d'abcès de toute provenance, idiopathiques ou dysentériques, mais que ces derniers contiennent aussi des amibes tandis que les premiers renferment les seuls staphylocoques (4).

Dans le pus et les parois gangréneuses de deux abcès, ces amibes furent retrouvées par Nasse qui en fit une

1. De Gennes et Kirmisson. *Archives génér. de médecine*, 1886, t. II, p. 288.

2. Kartulis. *Centralblatt für Bakteriologie*, 1887, t. II, p. 746.

3. Bertrand. *Archives de médecine navale*, 1888, et *Gaz. hebdomadaire*, 1891, p. 43.

4. Kartulis. *Archiv für patholog. Anatomie und Physiol.* CXVIII, Heft. I.

cause de gangrène du foyer (1). Enfin Fraenkel, dans un cas récent, trouva divers micro-organismes (coccus et bâtonnets), et dans un autre le bacterium coli commune (2).

Déjà, chez un opéré de M. Périer, ce colibacille avait été signalé par Veillon et Jayle dans un abcès, dont le pus examiné un mois avant par M. Netter s'était montré stérile (3).

Aussi bien cette *stérilité du pus hépatique* n'est pas rare; c'est précisément le point intéressant de ce chapitre. Depuis longtemps M. Talamon avait constaté l'absence totale de micro-organismes dans une collection du foie ouverte par M. Bouilly (4), puis les recherches de Lauenstein avaient donné le même résultat (5). Mais c'est Laveran qui insiste le premier sur cette particularité, en rapportant à la Société médicale des Hôpitaux (1890) deux cas d'hépatite dysentérique où le pus ne contenait ni amibes, ni microbes; il pensait que les microbes pathogènes de ces suppurations disparaissent rapidement, tués par le mélange au pus des principes de la bile, et M. Netter avoua que cette stérilité non constante est assez inexplicable.

Puis à la Société de Chirurgie, M. Peyrot citait un abcès du foie où le pus ensemencé par Veillon était sans microbes, et l'irruption péritonéale au cours de l'opération avait été inoffensive: il en tirait d'intéressantes conclusions au point de vue opératoire (6).

Arnaud et d'Astros signalèrent ensuite un cas de pus hépatique stérile, et, pour réfuter l'hypothèse de Laveran, obtinrent la même végétation microbienne dans le

1. Nasse. *Deutsche medic. Woch.*, 1891, p.881.
2. Fraenkel. *Loc. cit.*
3. Veillon et Jayle. Société de Biologie, janvier 1891.
4. Thèse de Caravias. Paris, 1885.
5. Lauenstein. *Deutsche medic. Woch.*, 1889, p. 1003.
6. Peyrot. *Mercredi médical*, 1891, p. 13.

bouillon simple et dans le bouillon additionné de bile fraîche de chien (1). Dans notre cas, l'examen du pus, fait à deux reprises par notre collègue Thiercelin, resta négatif. Enfin il y a quelques jours, M. Tuffier citait à la Société de chirurgie deux observations d'abcès du foie dont le contenu fut stérile, et il concluait que cette stérilité est secondaire (12 octobre).

De ce qui précède on peut dire que les *microbes font souvent défaut dans les abcès dysentériques :* ils existent peut-être à certaines périodes et disparaissent ensuite par la longue durée du processus, ou bien ils sont encore inconnus et impossibles à démontrer par les méthodes actuelles. L'action bactéricide de la bile qui ferait aseptique l'abcès du foie n'est rien moins que certaine, depuis que les recherches de Dupré et de Létienne ont montré la multiplicité microbienne des infections biliaires. Si donc la bile, excellent milieu de culture, ne rend pas ces abcès aseptiques, c'est peut-être la cellule qui par une action chimique encore inconnue fait disparaître les microbes pathogènes, ou atténue leur virulence (Chauffard) (2).

Cette absence de micro-organismes, quelle qu'en soit la cause, est importante en clinique et thérapeutique chirurgicales, et peut expliquer l'innocuité de la méthode de Little dans les vastes abcès du foie, parfois anciens, souvent adhérents, presque toujours sans microbes.

C'est l'excuse de cette longue étude du pus, dont la connaissance est utile au diagnostic différentiel, au pronostic et au traitement.

Tels sont les *éléments indispensables du diagnostic des abcès du foie.*

Certes l'abcès typique est facile à reconnaître et ne

1. Arnaud et d'Astros. *Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences*, 1891, et *Revue de médecine*, avril 1892.

2. Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 800. Ce serait une action analogue à celle du foie sur les poisons.

peut être confondu avec une autre maladie. Mais il n'y a pas toujours cette netteté de symptômes et cette uniformité de caractères qui attirent rapidement l'attention. Il en est qui restent inaperçus, dont le diagnostic ne peut être fait, ni l'existence assez assurée pour qu'on se permette une intervention. « La science contient sur ce point assez d'erreurs de diagnostic, commises par les hommes les plus expérimentés pour qu'on ne soit pas surpris un jour d'en augmenter la liste » (Gallard) (1).

C'est que tantôt certains signes du début sont insidieux, et l'apparition du pus dans la plèvre, les vomissements, les selles ou les urines dévoilent brusquement la suppuration hépatique : tantôt l'abcès est une surprise d'autopsie, ou bien on s'imagine trouver un abcès qui n'existe pas, ou encore la prédominance de tel symptôme donne le change et fait croire à une affection d'organe voisin.

Quelles sont donc les causes d'erreur de diagnostic ?

S'il est parfois difficile de reconnaître une suppuration du foie, c'est que plusieurs maladies d'organes voisins peuvent simuler un abcès du foie et être confondues avec lui ; c'est qu'il y a souvent analogie de symptômes entre l'abcès du foie et d'autres affections de cet organe ou de ses annexes (péritoine qui l'enveloppe ou vésicule biliaire) ; c'est qu'enfin une maladie concomitante peut faire illusion et masquer un abcès hépatique qui évoluait sans caractères propres ni commémoratifs.

J'ai essayé de *classer toutes ces maladies* qui simulent plus ou moins l'hépatite suppurée, *suivant que prédominent tels ou tels symptômes*, capables d'induire en erreur, et j'étudierai successivement les cas où l'on observe dans les abcès du foie les mêmes accidents que dans certaines affections d'organes voisins ou dans quelques maladies générales, ceux ensuite où l'abcès peut simuler une autre maladie du foie ou des annexes ; ceux enfin où il n'y a

1. Gallard. *Clinique médicale*, 1877, p. 220.

pas de symptômes caractéristiques, lorsque ceux-ci sont masqués par une maladie concomitante ou intercurrente, et que l'abcès se révèle seulement à l'autopsie ou par des complications dues à son mode d'évolution.

Aussi bien, ne voulant rien affirmer sans preuves, je donnerai chemin faisant les indications qui montrent que les abcès du foie ont pu être ainsi confondus.

PREMIÈRE CLASSE

Cas où l'abcès fut pris pour certaines affections d'organes voisins, lorsque chez lui prédominaient les symptômes thoraciques, abdominaux ou généraux.

Quand, siégeant plutôt sur la *face convexe*, il présente surtout des *signes thoraciques*, on peut le confondre avec une *pleurésie purulente*, surtout *diaphragmatique*, avec une *pneumonie* ou une *tuberculose pulmonaire chronique*.

A. — *Pleurésie purulente diaphragmatique.*

« Une pleurésie purulente peut être simulée par un abcès du foie, au point que l'erreur n'a été reconnue qu'à l'autopsie » (Rendu) (1). Cette méprise, N. Guéneau de Mussy la commit chez un malade, qui sans antécédents sentit une douleur vive et brusque dans l'hypochondre droit, avec fièvre, inappétence et diarrhée ; une douleur bien localisée, le bouton diaphragmatique, la saillie de la région firent croire à une pleurésie diaphragmatique. Lentement le malade prit l'aspect typhique, le ventre se ballonna et la fièvre et la diarrhée furent intenses. On ne trouvait pas, il est vrai, dans l'épanchement pleural une suffisante explication de la saillie du foie, mais son indolence, l'absence d'inégalité et de modification de consistance firent éloigner jusqu'à la fin la pensée d'une

1. Rendu. Article *Foie. Dict. encyc. des Sc. médic.*

grave lésion du foie. Pourtant deux symptômes ne venaient pas directement de la pleurésie : la diarrhée du début persistante, et la saillie du foie plus considérable que celle produite par un épanchement refoulant le diaphragme (1).

Chez un malade, cité par M. Rendu, avec point de côté considéré comme pleurétique, douleur vive à la huitième côte, oppression, toux et fièvre surtout vespérale, on avait de la matité au tiers inférieur de la poitrine, absence de respiration, plus tard voussure circonscrite, élargissement des espaces intercostaux, fluctuation avec œdème local. On fit l'empyème de cette pleurésie purulente, et l'autopsie montra que cette thoracotomie avait ouvert un abcès du foie (2).

Semblables erreurs ont été souvent signalées, notamment par Féréol, Mossé, Vedel, Prioleau, Rabaine. Enfin tout récemment M. Rendu citait le cas d'un officier de marine, ancien dysentérique, souffrant d'une douleur fixe, épigastrique et diaphragmatique et de fièvre irrégulière, surtout vespérale : le foie ne semblait pas gros, mais la région sous-diaphragmatique était douloureuse, la respiration gênée avec toux sèche. Etait-ce une pleurésie diaphragmatique ou une hépatite suppurée? Peu à peu quelques signes d'auscultation au poumon droit (respiration rude et expiration prolongée au sommet, faiblesse respiratoire et râles lointains à la base), firent conclure à l'existence d'une pleurésie tuberculeuse ou purulente; et bientôt un œdème du huitième espace engagea à faire l'empyème qui démontra un abcès vraiment pleural (3).

Ainsi l'erreur est possible à éviter : mais *sur quels indi-*

1. N. Guéneau de Mussy. *Clinique méd.*, t. IV, p. 498, et *France médicale*, 1875.

2. Auger. *Société anatomique*, 1875.

3. Rendu. *Clinique méd.*, 1890, t. I, p. 280.

ces se baser dans ces cas difficiles? Est-ce le mode de début, parfois subaigu ou insidieux, la marche de la fièvre et ses exacerbations vespérales, les sueurs nocturnes et la diarrhée ? Non pas. Est-ce la douleur particulière, dite point de côté hépatique, avec sa localisation autour du mamelon ou sur les dernières côtes? est-ce la voussure de la région avec son écartement des espaces, sa peau infiltrée et sa tardive fluctuation ? Nullement. Est-ce encore l'affaiblissement du murmure vésiculaire ou la diminution des vibrations, la toux et ses quintes fatigantes ? Pas davantage. Tous ces signes se retrouvent dans l'une et l'autre maladie.

On se fondera sur les *antécédents* plutôt dysentériques ou paludéens dans l'abcès du foie, tuberculeux plutôt dans la pleurésie, sur la *dyspnée* plus intense dans celle-ci avec son *point diaphragmatique* dont la pression fait jaillir la douleur, avec ses irradiations plus fréquentes au cou, plus rares vers l'omoplate et les lombes. Un *examen minutieux de la région* montrera dans la voussure locale une particularité intéressante : c'est que dans la pleurésie le diaphragme abaissé entraîne avec lui les dernières côtes qui s'abaissant aussi prennent une direction très oblique en bas, du côté malade, contraste frappant si l'on compare le côté droit au côté sain (1). Que si, au contraire, le foie est augmenté de volume, les dernières côtes droites portées en haut deviennent horizontales, ou du moins leur obliquité descendante n'est point exagérée. Malheureusement ce signe de Guéneau de Mussy est souvent difficile à constater.

Parmi d'autres signes locaux, la *matité* doit être étudiée avec soin : sa nature, la forme de sa limite supérieure, sa mobilité, son étendue peuvent donner d'utiles rensei-

1. Dans un cas de Thomas et Reynaud (*Arch. de méd. navale*, 1877, p. 229), les côtes avaient une courbure très marquée au niveau du rebord costal.

gnements (1). Quand un épanchement purulent occupe la face supérieure du diaphragme, ce muscle se paralyse et refoulé dans l'abdomen chasse le foie qui déborde les côtes. Il est alors difficile d'affirmer où la matité pleurale commence, où finit celle du foie, et si cet organe est vraiment hypertrophié ou seulement abaissé (2). On a soutenu que la matité hépatique, plus pleine et absolue, ressemble davantage à celle d'une pneumonie ; ce sont là des nuances de tonalité bien délicates à saisir.

Dans les deux cas, le niveau supérieur ne varie pas suivant la position du malade ; mais celui de la matité pleurale est plutôt horizontal ou même à concavité supérieure, et la forme de cette ligne de niveau est une convexité supérieure dans une collection située au-dessous du diaphragme. De plus, en recommandant au malade de faire une inspiration aussi profonde que possible, on peut constater que la ligne de matité inférieure s'abaisse de un à deux centimètres et plus : ce serait un bon signe pour affirmer qu'il n'y a pas d'épanchement déprimant le diaphragme par sa face supérieure (3).

A l'auscultation il ne faut pas compter sur le souffle, l'égophonie, la pectoriloquie, le skodisme, tous signes fugaces ou infidèles de la pleurésie purulente : quelquefois on peut entendre un *bruit de frottement* vers la ligne axillaire ou en arrière. Est-il facile de préciser la nature et l'origine de ce frottement ? Est-ce un frottement vrai-

1. Paolucci cite une observation d'abcès du foie où la mobilité des signes physiques thoraciques fit croire à une pleurésie purulente (*Il Morgagni*, 1878, p. 885).

2. On a dit qu'il faudrait un épanchement vraiment considérable pour que la matité d'un foie déplacé descendît aussi bas que celle d'un foie hypertrophié ; mais dans un cas de pneumothorax, sans liquide appréciable au début, nous avons vu un foie abaissé dont la matité commençait juste où elle devait finir (rebord costal) et se terminait à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

3. Thomas et Reynaud. *Loc. cit.*

ment pleural ou de périhépatite ? Bien étudié par Bertrand (1), « il est perçu par l'oreille ou la main sur les septième et huitième espaces, vers la ligne axillaire antérieure (siège maximum de la douleur) ; on pourrait, il est vrai, objecter à cette localisation que le cul-de-sac formé par la plèvre pariétale (sinus costodiaphragmatique) atteint aux dernières côtes, et admettre ainsi que le frottement vient de l'inflammation pleurale. Mais deux conditions s'opposent à une telle interprétation : l'oblitération du sinus par accolement de ses feuillets, constante quand l'abcès parvenu à la surface du foie a déterminé des adhérences, et ce fait que normalement, même dans les grandes inspirations, la base du poumon droit ne descend pas en avant aussi bas que le point correspondant au maximum du frottement. La plèvre pourtant peut participer à la genèse de ce bruit, par exemple quand on le perçoit d'abord en arrière, à la base droite, dans une région où les rapports du poumon avec le thorax sont verticalement plus étendus qu'en avant, et qu'on rencontre à l'autopsie autant ou même plus de pleurésie diaphragmatique que de périhépatite. Au reste, ce bruit, fût-il pleural, garderait sa signification symptomatique, puisque la pleurésie sèche qui contribuerait à le produire serait elle-même la suite d'une périhépatite » (2). Ainsi bien localisé, ce frottement demeure un bon signe d'abcès de la convexité du foie : on verra plus loin que c'est un utile renseignement pour les chirurgiens qui, préoccupés de la question des adhérences, ont cru devoir modifier la méthode de Little et ne plus inciser qu'en deux temps.

Si *la toux* s'accompagne de *crachats* dans la pleurésie diaphragmatique, souvent tuberculeuse, leur examen pourra être précieux : il sera indispensable au diagnostic

1. Bertrand. Académie de médecine, 1890, et *Gaz. hebdomadaire*, 1890, p. 470.

2. Déjà signalé par Barth. Soc. anatom. (1856) ; Langlet. Soc. anatom., 1871.

des cas difficiles où il y a vomique et permettra de reconnaître l'existence dans le pus évacué (plutôt jaune verdâtre dans la pleurésie et rougâtre dans l'abcès du foie) de débris de parenchyme pulmonaire ou de cellules hépatiques.

Pour éclairer le diagnostic encore obscur, *on fera une ponction* en un siège commun aux deux maladies, dans une région étendue verticalement du mamelon au rebord des fausses côtes, et horizontalement de la ligne axillaire antérieure à la ligne mamelonnaire. La sensation que donne une aiguille, enfoncée dans une collection hépatique de pus épais, diffère de celle que fournit une ponction pleurale.

Dès que le pus s'écoule, le diagnostic se confirme, car il est un moyen de reconnaître si le *liquide évacué est au-dessus ou au-dessous du diaphragme.* Quand la cavité est au-dessous du diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires sur la colonne fluide est précisément inverse de celle qui est exercée sur un liquide contenu dans la plèvre (Pfühl) (1). En faisant la ponction avec un appareil Potain muni d'un manomètre, on a constaté que durant l'écoulement la colonne manométrique monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration ; le mouvement est contraire quand on évacue un liquide pleural. D'après Jaffé, on peut utiliser ce phénomène sans manomètre : il suffit de noter les variations de rapidité de l'écoulement : s'il est plus rapide pendant l'inspiration, le pus est au-dessous du diaphragme ; sinon, il est au-dessus. Ce signe, il est vrai, ne permet qu'un diagnostic tardif, mais sa précision mathématique a une valeur absolue. Il indique seulement que l'écoulement siège au-dessus ou au-dessous du diaphragme ; dans ce dernier cas on ne peut savoir s'il y a abcès du foie, kyste hydatique suppuré ou pyothorax sous-phrénique.

1. Pfühl. *Virchow's Jahrb.*, 1877.

Le mode d'écoulement ne suffit pas encore ; il faut aussi *examiner le pus qui s'échappe;* j'ai déjà dit sa couleur, sa consistance, sa nature et ses éléments : pus rougeâtre, lie de vin, très épais, avec débris de cellules, lambeaux de tissu hépatique et cristaux de bilirubine dans l'abcès du foie ; pus jaune-verdâtre, grumeleux, fluide, avec globules blancs et flocons fibrineux dans l'abcès pleural. Dans quelques abcès du foie, le liquide peut couler franchement teinté de bile, qu'ils soient calculeux ou dysentériques : le diagnostic est encore mieux assuré.

Mais il est des cas où l'abcès a, par inflammation voisine, produit un épanchement enkysté dans la plèvre diaphragmatique. Alors la difficulté peut être extrême (Gallard) (1). Cette coïncidence fut observée par Pimser dans 5 cas sur 12 : dans l'un d'eux les signes d'un épanchement pleural firent pratiquer un empyème qui donna 2 litres, mais on trouva à l'autopsie derrière cet épanchement deux gros abcès du foie dont l'un s'était vidé dans la plèvre (2). Le même fait a été vu deux fois par Pel.

En pareil cas la pleurésie est souvent seule reconnue, et sa ponction préalable rend plus manifeste la collection purulente sous-phrénique.

En résumé, pour distinguer la pleurésie diaphragmatique suppurée de l'abcès du foie, on se basera sur les antécédents, le début plus brusque de la pleurésie, sa douleur plus intense, plus soudaine et plus brève, sa dyspnée plus vive, sur l'existence du bouton diaphragmatique et du point scalénique, sur l'obliquité des dernières côtes, sur la forme de la ligne supérieure de matité, les accès de fièvre moins rémittents et plus irréguliers, et sur les symptômes généraux plus graves. Enfin la ponction donnera les meilleurs renseignements sur le mode d'écoulement du pus, sa qualité, sa nature et ses éléments.

1. Gallard. Société anatom., 1856.
2. Pimser. *Wiener medicin. Wochens.*, 1883, p. 1244.

Malgré tout il est des cas où le doute est encore permis, tant que le doigt n'est pas dans le foyer de suppuration.

B. — *Pneumonie.*

Après la pleurésie purulente, une affection toute voisine peut être simulée par l'abcès du foie : je veux parler de la pneumonie. Sa douleur, sa toux, sa matité ont pu donner le change ainsi que l'état général souvent grave au début et les phénomènes gastro-intestinaux (anorexie, vomissements, diarrhée et même ulcérations intestinales) (1). Sans doute les antécédents, le début brusque, le grand frisson, la douleur sans irradiations, l'expectoration et les signes physiques sont caractéristiques dans les cas normaux ; mais l'erreur fut commise plus d'une fois, et Haspel crut à une pneumonie chez un soldat qui après refroidissement fut pris de toux, fièvre vespérale avec coliques et diarrhée abondante, amaigrissement rapide, douleur au sein droit, râles crépitants et matité dans tout le côté droit. Le malade ne pouvait se coucher que sur le flanc droit, la respiration était pénible, la douleur profonde, exaspérée par la toux et les mouvements ; à l'autopsie au lieu d'une pneumonie on trouva un abcès du foie qui avait détruit presque tout le lobe droit (2). Fenwick (3), Moutard-Martin firent des erreurs analogues.

Certaines collections hépatiques présentent des signes physiques qui peuvent faire croire à une pneumonie : ce sont les abcès, ou même les kystes hydatiques, qui, situés dans la portion épaisse et supérieure du foie, s'ac-

1. Les ulcérations intestinales signalées dans la pneumonie par Chomel, Grisolle, étaient assez fréquentes au temps de la méthode rasorienne.

2. Haspel, *Recueil de mémoires de médec. et pharm. milit.*, t. 55, p. 66.

3. Fenwick, *loc. cit.*

compagnent de toux et de l' « *hépatic compression ronchus* », décrit par Walshe et produit par le foie hypertrophié comprimant le bord mince du poumon et le condensant assez pour donner les signes d'une hépatisation (Younge). Ne pourrait-on pas comparer ces cas à l'observation curieuse de Lemoine, où une symphyse cardiaque antérieure avait enkysté dans la loge postérieure du péricarde un épanchement abondant, qui comprimait la base du poumon gauche et y simulait une pneumonie (1).

On se méfiera surtout des pneumonies, dites typhoïdes, c'est-à-dire aux tendances adynamiques où prédominent les phénomènes généraux et qui se distinguent du pneumo-typhus, manière de fièvre typhoïde à localisation plutôt pulmonaire.

Enfin une pneumonie franche peut survenir au cours d'une hépatite suppurée, mais elle est souvent masquée par la gravité de l'affection du foie.

A la pneumonie il faudrait peut-être ajouter l'abcès du poumon, une de ses rares terminaisons ; je ne sache pas qu'on l'ait jamais confondu avec l'abcès du foie ; du moins je n'en ai pas lu d'exemples.

C. — *Tuberculose pulmonaire chronique.*

L'abcès du foie prend plutôt l'aspect d'une tuberculose chronique que d'une tuberculose aiguë, surtout dans nos pays, où son début insidieux, sa marche lente, sa douleur locale persistante, sa toux sèche, sa diarrhée et ses sueurs nocturnes, son amaigrissement graduel rappellent la tuberculose : si les antécédents sont nuls, que les signes physiques dans l'hypochondre restent obscurs ou attirent peu l'attention, si enfin le sommet des poumons semble un peu suspect, l'erreur sera facile. C'est l'histoire

1. Lemoine. *Médecine moderne*, 1892, p. 381.— Du reste, Barth et Roger avaient déjà signalé ces signes de compression pulmonaire par un épanchement péricardique.

d'un malade de Ritchey arrivé au dernier degré de la consomption, toussant depuis longtemps, rendant une expectoration purulente et qui mourut d'hémoptysie ; à l'autopsie un abcès du foie communiquait avec le poumon (1).

Une observation de Benoît, citée par Triadou, est celle d'un soldat d'Afrique revenu à Nîmes avec amaigrissement, sueurs nocturnes, diarrhée, toux quinteuse, avec crachats sanguinolents, lie de vin et fétides : pas de douleurs, voussure des dernières côtes droites, matité dans toute la hauteur et signes cavitaires à la base. On crut à une phthisie pulmonaire avec excavation ; c'était un abcès du foie ouvert dans le poumon dont le lobe inférieur n'était plus qu'une caverne. Là les signes hépatiques avaient manqué, et seuls les phénomènes thoraciques et généraux attiraient l'attention (2).

Köllner et Schlossberger ont dans un cas observé un début chronique, presque sans signes ni douleurs, la toux avait fait croire à une phthisie ; et la fièvre continue, surtout vespérale, confirmait cette opinion jusqu'au jour où le rejet de crachats rouge-brun fit soupçonner une hépatite suppurée ouverte dans le poumon (3).

Arnaud a observé un malade soigné primitivement pour une pleurésie chronique avec tuberculisation probable ; c'était un abcès du foie accompagné d'une déformation thoracique comparable à la rétraction produite par une ancienne pleurésie.

Dans ces cas douteux il faudra explorer avec soin le thorax, principalement aux sommets, étudier avec attention la région du foie, rechercher les antécédents possibles, et surtout examiner les crachats.

1. Ritchey. *Philadelphia med. and Surg. Report.*, mars 1871. — Cité par M. Rendu.

2. Triadou. *Montpellier médical*, 1862, p. 125.

3. Köllner et Schlossberger, *Deutsches Archiv für klin. Medicin.* 1883, p. 605.

Quand l'abcès du foie présentait des symptômes plutôt abdominaux, on a pu le confondre avec une série d'affections, sans doute dissemblables les unes des autres, si l'on observe chacune d'elles avec ses caractères propres, et très différentes aussi de l'abcès du foie, quand il a ses symptômes classiques. Ce chapitre de diagnostic différentiel n'a de raison d'être que si l'hépatite, sans cause, offre un début, une évolution, des accidents irréguliers, trompeurs et très éloignés du type normal. Ce sont ces abcès qui ont été pris pour un *embarras gastrique fébrile avec congestion hépatique*, pour un *abcès du rein* ou une *pyélonéphrite calculeuse*, une *hydronéphrose*, un *cancer de l'estomac*, un *anévrysme de l'aorte abdominale*, un *abcès par congestion*, un *abcès du grand droit de l'abdomen* ou une *pancréatite aiguë*. Il existe plusieurs observations de chacune de ces erreurs : je les citerai en passant.

A. — *Embarras gastrique fébrile avec congestion du foie.*

« Dans nos climats, dit M. Rendu, il est toujours délicat de déterminer, en présence de phénomènes d'embarras gastrique avec hypertrophie du foie, si le point de départ est une affection hépatique ou un catarrhe de l'estomac. L'ictère de l'embarras gastrique ne s'associe pas nécessairement à une irritation du foie, même quand la glande paraît plus grosse qu'à l'état normal, et d'autre part la douleur provoquée à la pression sur la région hépatique se voit aussi bien dans la congestion simple.

La fièvre est un meilleur signe différentiel ; elle manque dans la congestion, mais se rencontre dans l'inflammation avec son caractère rémittent ou intermittent. Malgré tout il y a des cas où il est difficile de se décider et où la marche des accidents éclaire seule sur la nature des phénomènes qui se passent du côté du foie (1). »

1. Rendu. *Dict. Dech.* Article *Foie.*

B. — *Abcès du rein et pyélonéphrite calculeuse.*

L'abcès du foie peut être simulé par un abcès du rein ou une pyélonéphrite calculeuse, plus rarement par un phlegmon périnéphrétique, car l'abcès du rein et la pyélonéphrite sont des tumeurs abdominales, tandis que le phlegmon périnéphrétique est une tuméfaction lombaire.

Gallard commit deux fois l'erreur : l'abcès dû à des calculs rénaux remontait en arrière jusqu'au diaphragme et refoulait le foie devant lui, en simulant un abcès hépatique (1). Dans un cas la méprise était tellement inévitable que, même à l'autopsie, l'abdomen ouvert, il était impossible avant d'enlever le foie de savoir si la lésion occupait le rein, car l'abcès rénal était recouvert par le foie qui descendait jusqu'à la fosse iliaque.

Pendant la vie on avait constaté une augmentation du volume hépatique, mesurant 18 centimètres et débordant de quatre doigts le rebord inférieur des fausses côtes : foie et rein faisaient une même masse, que la dissection seule a pu diviser. Dans les cas de cette nature, la difficulté est encore accrue par l'oblitération de l'uretère du côté malade, tandis que l'uretère opposé reste perméable et conduit à la vessie une urine normale dont l'analyse ne permet pas de soupçonner une pareille destruction du rein (2).

Dans la seconde observation de Gallard, l'abcès fut ouvert comme abcès du foie : il siégeait dans le rein. C'était chez une femme amaigrie, se plaignant d'une douleur à l'hypochondre, avec saillie fluctuante de la région, se confondant avec la matité hépatique. Une ponction faite au point le plus fluctuant et douloureux donna issue à 200 grammes de pus jaunâtre, ce qui soulagea la malade ; mais à l'autopsie fut trouvé un abcès siégeant non

1. Gallard. *Clinique méd.*, 1877, p. 245.
2. Leroy. Société anatomique, 1866.

dans le foie, mais dans le rein, transformé en une vaste poche purulente, sans calculs. Cette collection rénale avait avec le foie contracté des adhérences si intimes et l'avait si bien refoulé en avant, que cet organe aplati recouvrait le rein dans ses deux tiers supérieurs; et c'est à travers cette lame saine de tissu hépatique qu'avait passé le trocart pour pénétrer dans le foyer purulent.

L'oblitération de l'uretère est assez fréquente, tardivement du moins, dans la pyélonéphrite calculeuse : c'est une des causes d'anurie (1). Mais au début la pyurie et l'hématurie seront utiles au diagnostic, non moins que les antécédents et l'évolution. Il faut savoir pourtant que les antécédents calculeux d'un malade peuvent rester longtemps et même toujours inaperçus (2) ; ou bien des coliques néphrétiques ont pu autrefois simuler des coliques hépatiques sans ictère; ou enfin il y a eu coïncidence des deux diathèses calculeuses : lithiase biliaire et lithiase rénale.

Un *phlegmon périnéphrétique* sera plus rarement pris pour un abcès du foie à cause de sa situation profonde, postérieure, lombaire. Mais on a vu des exemples où ce phlegmon était circonscrit et localisé à une portion restreinte de l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein (3). Ainsi Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique, a rapporté un cas d'abcès périnéphrétique limité à la portion de la couche adipeuse qui sépare le rein de la face inférieure du foie : celui de Shephérd est analogue (4).

Dauchez a signalé un fait où l'évolution, l'ouverture du foyer dans la plèvre, la pleurotomie firent diagnostiquer une hépatite suppurée jusqu'au jour où le pus évacué par les lavages pleuraux offrit une odeur urineuse : c'était

1. Merklen. *De l'anurie*. Thèse de Paris, 1881.
2. Leblond. *Rein calculeux*, Société anatomique Juin, 1888.
3. Le Dentu. *Affections chirurg. des reins et des uretères*, 1889 p. 338.
4. Shepherd. *Med. News.*, déc. 1887.

un abcès situé entre la face postérieure du foie et la face antérieure du rein (1).

Mais il y a plus : un abcès du foie peut se rompre dans le bassinet et s'évacuer par les urines (cas de Rayer, Dutrouleau, Neumann). L'examen des urines y fera bien reconnaître la présence du pus; seulement il sera difficile de déceler son origine si l'on ignore les antécédents et la marche de la maladie.

C. — *Hydronéphrose.*

Erreur très exceptionnelle, dont un seul cas est connu : c'est celui de Stanley (*Med. Surg. Trans.*, 1844) (2).

D. — *Cancer de l'estomac.*

Le cas le plus remarquable est celui de Béhier (3). C'était un malade amaigri, jaune-pâle, sans appétit, vomissant et diarrhéïque, dont l'épigastre soulevé par une tumeur globuleuse, immobile et superficielle, donnait au palper la « sensation d'une vessie pleine de saindoux ». Le volume du foie était normal, sans saillies marronnées, et son bord inférieur régulier. Des antécédents on connaissait seule une diarrhée chronique, sans fièvre ni ténesme : successivement furent éliminées les hypothèses possibles de tuberculose intestinale, de cancer rectal et hépatique, et le cancer de l'estomac fut considéré comme probable. La pression épigastrique donnait une crépitation, due sans doute à une péritonite circonscrite au niveau de la paroi stomacale altérée. La diarrhée résista à tout traitement ; peu à peu apparut

1. Dauchez. Soc. anat., 1881.

2. Cité par M. Monod. — *Annales des mal. des org. gén. urin.*, 1892.

3. Béhier. *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 457.

l'œdème des jambes, signe précieux de néoplasme, et à l'autopsie on trouva sous l'appendice xiphoïde une tumeur hépatique adhérente à la paroi, développée dans le lobe gauche : c'était un vaste abcès, lentement développé à la suite d'ulcérations dysentériques anciennes. « Ce fait prouve, ajoutait Béhier, que même avec l'observation la plus attentive, on peut se tromper, quelque expérience que l'on puisse avoir ».

Certains cas où l'on observe seuls des troubles gastriques (anorexie, vomissements), sont particulièrement difficiles : Mac-Lean, chez un malade ancien dysentérique, sans tumeur abdominale et sans fièvre, mais sans appetit et vomissant, trouva à l'autopsie un abcès du foie, prêt à se rompre dans le duodénum. Chez un autre, de graves phénomènes gastriques avaient masqué l'existence d'un abcès dont le pus fut reconnu dans les selles ; après cette large évacuation, les accidents disparurent et la malade guérit (1).

En pareille occurrence, on fera l'examen attentif de la région, la recherche des antécédents et surtout l'analyse du suc gastrique.

E. — *Anévrysme de l'aorte abdominale.*

La localisation spéciale de certains abcès du foie et les battements communiqués à la tumeur par ce vaisseau ont pu exceptionnellement faire croire à un anévrysme de l'aorte abdominale. Déjà cette cause d'erreur avait été signalée par Larrey (2) : « Des mouvements pulsatoires, disait-il, se font quelquefois sentir à la région hépatique dans les abcès du foie ; ils peuvent faire croire à un anévrysme, et, ce qui est plus grave, la connaissance de ce fait peut faire méconnaître l'anévrysme et

1. Mac-Lean. *British médical Journal*, 1874, p. 138.
2. Larrey, cité par Gauverit. Thèse de Paris, 1849.

donner l'idée d'un abcès bon à ouvrir ». Le fait le plus curieux en ce genre est celui de Moore (1).

C'était une tumeur, accompagnée de frissons et de sueurs, d'anorexie et de vomissements, pulsatile, saillante à l'épigastre et donnant au stéthoscope un souffle qui disparaissait dans la station debout. Les pulsations persistaient quand la malade était en position génu-pectorale, point important car la présence ou l'absence de pulsations est un moyen de diagnostic entre l'abcès du foie et l'anévrysme. Quand on pressait cette douleur vers le côté droit, il y avait une modification partielle de l'impulsion. Si avec cela on eût trouvé l'absence ou la diminution de l'impulsion quand la malade était sur les genoux et les mains, le diagnostic eût été facile ; car lorsqu'un malade est dans cette position, un abcès du foie ou une autre tumeur non adhérente tombe en avant de l'aorte, et ainsi tout battement disparaît ; mais dans ce cas, pour expliquer ces pulsations, des adhérences devaient être entre la surface du foie et le vaisseau. L'anévrysme n'expliquait pas la toux, l'augmentation de matité, et la faiblesse respiratoire à la base du poumon droit, non plus que la fièvre et les sueurs nocturnes. Peu après les troubles généraux et la modification de l'impulsion par la pression laissèrent soupçonner un abcès du foie ; puis les accidents cessèrent et la malade guérit. L'auteur avoue n'avoir point constaté une évacuation purulente et pense que le pus s'est simplement résorbé.

Dans un autre fait, relaté par Mac Dowell, le malade mourut d'hématémèse, par ulcération de l'artère gastro-duodénale et ouverture de la poche dans le duodénum (2).

A défaut d'anévrysme abdominal, la même erreur peut être faite en présence des battements épigastriques du tronc cœliaque, pris souvent pour un anévrysme, et dont la connaissance est bien ancienne : Hippocrate cite l'ob-

1. Moore. *Medical Press and circular*, 1867, p. 73.
2. Mac Dowel. *Dublin hospital Gazette*, 1855, cité par M. Rendu.

servation du fils d'Eratolas, qui, après une dysentérie eut ces pulsations anormales au plus haut degré. « Quand on mettait la main sur le milieu de son nombril et sur l'hypochondre, on sentait un battement tel qu'on n'en a point de si fort au cœur ni après la course, ni dans un effroi » (1).

F. — *Abcès par congestion.*

On a signalé une confusion possible d'un abcès du foie et d'un abcès par congestion : seul, le cas de Marroin se rapporte, mais secondairement, à ce genre d'erreur (2) : c'était une collection hépatique qui rompue dans l'abdomen avait suivi le trajet inguinal et fait tumeur dans le scrotum, donnant l'idée d'un abcès par congestion. Ce fait sera mentionné au chapitre de l'évolution des suppurations hépatiques.

Si l'abcès tend vers la paroi abdominale, est fluctuant et semble pointer sous la peau, le diagnostic semble le plus facile ; pourtant il est en ce genre des cas encore malaisés, par exemple s'il s'agit d'un abcès du grand droit.

G. — *Abcès du grand droit de l'abdomen.*

M. Segond dit avoir rencontré cette difficulté de diagnostic (3) : c'est aussi le *fait de M. Broca* (4), dont le malade, ancien dysentérique et paludéen, avait souffert longtemps de douleurs d'hypochondre, avec fièvre, mais sans tumeur, ni déformation locales. Après contusion, la douleur augmenta; puis le foie trouvé gros et les anté-

1. Hippocrate. *Epidémies*, livre VII. — Edition Littré, 1846, t. V, p. 369.
2. Marroin. *Arch. génér. de médecine*, 1862, t. II, p. 568.
3. Segond. *Traité de chirurgie*, t. VII.
4. Broca. *Gaz. hebdomadaire*, 1891, p. 474.

cédents connus, on crut à une hépatite aiguë. La tuméfaction douloureuse, lentement progressive, observée sous e rebord costal, fut prise pour un abcès du foie qui venait pointer sous la paroi : c'était une voussure sans rougeur de la peau, étendue un peu à droite de la ligne médiane, du rebord des fausses côtes jusqu'au niveau de l'ombilic, sans œdème sous-cutané, mais avec empâtement phlegmoneux profond. A droite de cette tumeur on sentait le bord antérieur du foie débordant un peu les dernières côtes. L'hypertrophie hépatique, les commémoratifs de paludisme et de rectite dysentériforme firent songer à un abcès du foie subaigu. Une laparotomie médiane sus-ombilicale mena jusqu'au péritoine, et sur la lèvre droite de l'incision, vers la gaîne du grand droit, quelques gouttelettes de pus vinrent sourdre d'un abcès situé dans la gaîne de ce muscle. Sans doute la situation de la tumeur survenant après traumatisme, avec fièvre modérée, devait faire penser à une affection locale. Sur un malade quelconque l'erreur n'eût certes pas été commise ; mais dans ce cas les commémoratifs, souvent si utiles au diagnostic des abcès du foie, ont induit en erreur et éveillé l'hypothèse d'une hépatite par dysentérie et paludisme.

Aussi bien, une telle méprise n'est guère préjudiciable puisque dans les deux cas l'indication opératoire est identique. On se basera sur l'évolution lente de la tumeur, sans réaction générale, consécutive à un traumatisme, sur sa forme allongée verticale, son siège exact, sa mobilité transversale souvent peu apparente, son indépendance des mouvements du foie pendant la respiration : tels sont les signes de l'abcès du grand droit.

La *contracture de la paroi abdominale* limitée au ventre supérieur du muscle droit, a peu de valeur : on la retrouve dans toute affection douloureuse du foie comme dans un phlegmon de la région. Elle est en rapport plutôt avec la douleur qu'avec la suppuration, car elle manque

souvent dans les abcès centraux (Budd) ; pourtant Twining en faisait un bon indice de la présence du pus (1).

On peut encore faire dans la tumeur une *ponction* que Sachs appelle *akidopeirastique*, et dont il attribue l'idée première à Middeldorpf (2). On enfonce en un point suspect une longue aiguille et l'on s'arrête quand on suppose être dans le foyer. Alors de deux choses l'une : ou bien le bout externe de l'instrument bascule et fait des mouvements de pendule ; c'est que l'aiguille est dans un abcès du foie, et, comme cet organe adhérent à la paroi abdominale suit les mouvements respiratoires, l'aiguille monte et descend avec le foie ; ou bien le bout externe de l'instrument reste immobile ; c'est que l'aiguille est entrée dans un foyer de la paroi ; le muscle voisin ou siège de l'abcès ne se contracte pas, et l'instrument qui s'y trouve ne bouge pas davantage (Francoz).

H. — *Pancréatite aiguë*.

Cette maladie rare et partant peu connue a été confondue avec l'hépatite suppurée du lobe gauche ou du lobe de Spigel.

Dans un cas de Riboli (1837) une femme se plaignait de troubles digestifs, avec amaigrissement et sueurs nocturnes ; l'épigastre était tel qu'on pensait à une hépatite du lobe gauche : à l'autopsie, on trouva une pancréatite suppurée. Tommasini avait, paraît-il, soupçonné une affection du pancréas, en se basant sur la fièvre continue, les vomissements de liquides salivaires, les douleurs profondes, la teinte subictérique, les déjections muqueuses et blanchâtres, la stéarrhée et l'amaigrissement (3).

1. Twining. *Maladies du Bengale*, 1832.
2. Sachs. *Gaz. hebdomad.* 1868., et Francoz Th. de Paris, 1873.
3. Riboli. *Gaz. Sarda*, 11, 1858, *in Schmidts Jahrbücher*, 1859, p. 177.

Dans une étude sur les abcès du pancréas, Senn (1) rapporte les faits de Frison, Kilgour et Shea : ce dernier a vu chez une femme morte de pancréatite aiguë un ascaride engagé dans le canal pancréatique, à travers l'ampoule de Vater : ainsi l'angio-pancréatite peut se développer dans des conditions analogues à celles de l'angiocholite.

Que si l'abcès du foie débute par des *symptômes généraux* graves et à évolution rapide, il sera difficilement soupçonné et pourra être pris dans nos climats pour une fièvre typhoïde ou une tuberculose aiguë, et dans les régions tropicales pour une fièvre bilieuse des pays c auds.

A. — *Fièvre typhoïde.*

On a décrit à l'hépatite suppurée une forme typhoïde, avec phénomènes généraux rapidement graves qui font méconnaître les signes locaux. Ces accidents généraux, quand il y a de profondes lésions intestinales, peuvent être attribués à la septicémie dyssentérique : mais parmi les faits d'hépatite typhoïde, il en est où de légères lésions intestinales s'accompagnaient des mêmes symptômes ataxo-adynamiques. Pour éviter une telle erreur, on recherchera les commémoratifs, le mode de début, la marche de la température, la fièvre dissociée (pouls sensiblement normal, avec température élevée), l'existence de taches rosées, l'état de la langue et de la rate. Sans doute l'hypertrophie de la rate existe dans l'hépatite paludéenne, mais cette cause d'abcès du foie est rare, et même rejetée par quelques auteurs.

Quoi qu'il en soit, de pareilles méprises ne sont pas exceptionnelles.

1. Senn. *Trans. of the Americ. Surg. Associat.*, 1886.

Dans un cas, Chomel ne put affirmer le diagnostic : il s'agissait d'une femme, prise tout à coup de malaise général, courbature, grande faiblesse et vomissements, avec bouche sèche, lèvres fuligineuses et pouls petit, pas de douleurs abdominales, sans météorisme, ni gargouillement : on songea d'abord à une fièvre typhoïde. Peu après la malade mourut avec un œdème général, et l'autopsie montra un abcès du foie du grand lobe, au voisinage des veines porte et cave où le pus s'était écoulé. Les phénomènes typhoïdes observés durant la vie étaient des symptômes de pyohémie (1).

Grimthaw cite un cas qui avait tout l'aspect d'une fièvre typhoïde, puis d'une tuberculose : c'était un abcès du foie, mais avec coexistence de cavernes pulmonaires (2).

L'observation d'Arnaud est encore plus curieuse : Garçon de 19 ans, sans diarrhée antérieure ni dysentérie, ni paludisme, souffrant depuis quinze jours de céphalalgie, fièvre, anorexie, courbature. La langue était saburrale, et rouge sur les bords, le ventre ballonné et douloureux à la pression ; quelques selles liquides après une purgation, puis constipation. On croit voir quelques taches rosées, la rate semble développée, mais l'augmentation de la matité hépatique est frappante, avec rénitence au creux épigastrique. Le foie sans doute ne déborde pas les fausses côtes, mais la base droite du thorax semble élargie et les côtes un peu déjetées en dehors ont leur obliquité diminuée : la matité hépatique commence au mamelon. Pas de douleur à l'hypochondre droit. Un peu de congestion pulmonaire à la base droite. On crut à une fièvre typhoïde avec congestion du foie. Le sixième jour vive douleur à la base de la poitrine, grande dyspnée, exacerbation de la fièvre : à l'auscultation matité remontant en arrière et à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate ;

1. Chomel. *Gaz. des Hôpitaux*, 1842, p. 23.
2. Grimthaw. *British med. Journal*, 1874, t. I, p. 465.

disparition du murmure vésiculaire, et diminution des vibrations, tous les signes d'un épanchement pleural. Le lendemain délire et mort. La cause de cet accident était un grand abcès hépatique ayant perforé le diaphragme et envahi la plèvre : le poumon était indemne (1).

On peut encore observer, notamment chez l'enfant, une hépatite suppurée consécutive à une dothiénentérie : le diagnostic sera facile si l'on a pu suivre d'abord l'évolution de la maladie typhoïde primitive, avant qu'apparaissent les signes de suppuration hépatique. Mais si les signes locaux de suppuration sont peu apparents ou masqués par des phénomènes généraux graves, on ne songera guère à un abcès du foie, mais plutôt à une rechute de fièvre typhoïde. On voit dans ces cas à quelle fâcheuse méprise on est fatalement exposé.

On a dit que l'*endocardite infectieuse* pouvait simuler un abcès du foie, sans doute parce qu'il est souvent difficile de distinguer cette maladie de la dothiénentérie et de la tuberculose aiguë qui va suivre. Je n'en ai pas lu d'exemples.

B. — *Tuberculose aiguë.*

Ce qui précède sur les ressemblances possibles de l'abcès du foie et de la fièvre typhoïde reste vrai pour la tuberculose aiguë, car la dothiénentérie et la bacillose aiguë ont souvent entre elles de véritables airs de famille. *Tel le cas de John Hudson*, dont le malade, amaigri, subictérique, avec sueurs nocturnes, pouls rapide, respiration fréquente, toux continuelle, présentait de la matité au tiers inférieur du poumon droit. Au huitième jour expectoration subite d'une grande quantité de pus mêlé de bile ; le surlendemain le malade montrait à l'autopsie un gros abcès du foie communiquant avec une cavité pulmonaire

1. Arnaud. *Marseille médical*, 1887, p. 146.

par une brèche diaphragmatique (1). De même Arnaud (*loc. cit.*) eut deux fois l'occasion de distinguer une phthisie aiguë d'une suppuration intra-hépatique.

Mais *le cas* le plus instructif est de *Guéneau de Mussy*, où un malade fut pris, sans antécédents, de frissons, douleur vive à l'hypochondre droit, céphalalgie, inappétence et diarrhée. Peu après aspect typhique, stupeur, ballonnement du ventre ; foie augmenté de volume, mais insensible à la pression. Quelques râles sibilants dans la poitrine où le son était obscur et la respiration faible dans les deux tiers inférieurs du côté droit. Cette double localisation pleuro-péritonéale se rencontre surtout dans la fièvre typhoïde et la phthisie aiguë ; le début apparent par une pleurésie fit incliner vers cette dernière hypothèse. Sans trouver dans l'épanchement pleural une suffisante explication de la saillie du foie, son indolence, l'absence de toute inégalité et modification de consistance, éloignaient la pensée d'une lésion hépatique.

Après quelques jours d'adynamie, le malade mourut ; il avait un vaste abcès du lobe droit du foie, avec épanchement pleural rougeâtre et quelques tubercules miliaires au sommet droit. Dans les derniers temps était survenue une péritonite à marche insidieuse, sans vomissements et peu douloureuse. Cette simultanéité d'affections inflammatoires de la plèvre et de péritoine, les signes légers d'induration au sommet du poumon droit, la bronchite diffuse étaient bien faits pour donner le change : la diarrhée pouvait être attribuée à une entérite tuberculeuse et l'œdème des jambes à une compression de la veine cave par des ganglions dégénérés : enfin l'extension de la tuberculose aux méninges paraissait être la cause du délire, bien qu'on ne trouvât pas en même temps ces phénomènes de contracture ou de raideur cervicale, si communs dans la tuberculose méningée (2).

1. John Hudson. *Guy's Hospital Reports*, avril 1842.
2. Guéneau de Mussy. *Clin. méd.*, t. IV, p. 498.

Dans ces cas extrêmement difficiles, on étudiera avec soin les antécédents, les *signes thoraciques*, la *marche de la température* dont le *type inverse* est fréquent dans la tuberculose aiguë, et les phénomènes généraux. Les taches rosées signalées dans la granulie sont peut-être dues à une infection typhique secondaire, greffée sur l'infection tuberculeuse préexistante, et non pas à la granulie seule (1).

L'examen des crachats ne donnera pas toujours de résultats, car le bacille de Koch fait souvent défaut dans la tuberculose aiguë.

C. — *Fièvre bilieuse des pays chauds.*

Dans les pays chauds la forme aiguë de l'hépatite suppurée est plus facile à reconnaître par sa fréquence relative, comparée à la rareté des phlegmasies pleuro-pulmonaires : on sera, il est vrai, moins exposé à prendre le point de côté hépatique pour un début de pleurésie, mais si les phénomènes généraux prédominent on pourra confondre l'abcès du foie avec une fièvre bilieuse.

C'est que les deux maladies ont même aspect au début ; même courbature, céphalalgie et rachialgie, rêvasserie et stupeur ; mêmes symptômes gastriques ; même augmentation du foie douloureux.

Mais dans la fièvre bilieuse, la marche de la température est différente : c'est le type tierce, ou quotidien ou

1. Chez une jeune femme observée récemment dans le service de M. Merklen, et qui présentait à son entrée (10e jour de la maladie) l'apparence d'une fièvre typhoïde (pourtant sans taches rosées, ni grosse rate), le type inverse de la température et une tachycardie excessive comparée à l'élévation thermique firent penser à une tuberculose aiguë ; à l'autopsie on trouva une énorme masse ganglionnaire ramollie, d'aspect tuberculeux, au niveau du bord droit de la portion ascendante de la crosse de l'aorte.

rémittent (ce dernier plus commun) ; et chaque accès amène une recrudescence des autres symptômes qui diminuent dans les intervalles. Cette fièvre, qui peut atteindre 41°, n'a jamais l'allure continue rémittente et régulière de l'abcès hépatique.

Les vomissements sont souvent bilieux et les selles parfois verdâtres, car le phénomène constant est l'hypersécrétion biliaire : aussi l'ictère est-il fréquent, au contraire de l'hépatite (Kelsch et Kiener).

L'accès de fièvre bilieuse peut s'accompagner d'hématurie ou d'hématémèse; enfin il est modifié par le sulfate de quinine qui atténue également l'hypertrophie de la rate.

A ces deux éléments importants de diagnostic (*hypertrophie de la rate* et *efficacité de la quinine*) il faut joindre l'*examen du sang*. On recherchera d'abord la *leucocytose passagère* en cas de fièvre bilieuse, existant seulement au moment des accès : cette leucocytose est au contraire permanente dans l'abcès du foie comme dans toute suppuration (1).

L'examen du sang sera complété par l'étude des éléments parasitaires, mais la recherche de ces *hématozoaires* est souvent délicate et difficile.

On s'assurera également de la présence du *pigment mélanique*, qui apparaît au cours de l'accès fébrile, et siège dans le protoplasme des leucocytes et dans les hématozoaires que l'on regarde actuellement comme les agents de sa formation aux dépens de l'hémoglobine des hématies.

On ne confondra pas ce pigment mélanique du sang qui ne renferme pas de fer avec le pigment ocre qu'on trouve dans les organes et non dans le sang des palu-

1. Dans notre cas cette leucocytose fut observée avant l'opération.

déens, qui renferme du fer et se rapproche ainsi du pigment de la cirrhose pigmentaire (Gilbert-Widal) (1).

Par l'ensemble de leurs symptômes, les fièvres bilieuses appartiennent au groupe des accidents palustres graves, se compliquant souvent d'accès pernicieux, tandis que l'hépatite reste plutôt une affection locale, rarement primitive, presque toujours associée à la dysentérie (2). Mais il est des cas complexes où un malade atteint d'abcès du foie est en même temps paludéen : le séjour dans les pays chauds explique aisément cette coïncidence. Dès lors l'interprétation de ces formes hybrides est bien malaisée, car le diagnostic différentiel ne peut se baser sur les commémoratifs, ni sur l'examen du sang ou de la rate, ni sur la marche de la température.

Telles sont les maladies générales qui peuvent simuler un abcès du foie. Il est un autre groupe d'affections du foie lui-même ou de ses annexes qui ont parfois mêmes symptômes que l'hépatite suppurée ; à ce point de vue, il nous faut étudier :

Parmi les maladies des annexes du foie, le *pyothorax sous-phrénique* ou péritonite sus-hépatique enkystée, le *phlegmon sous-péritonéal* de la région hépatique, enfin les *abcès et tumeurs de la vésicule biliaire ;* parmi les *affections du foie*, *l'hépatite aiguë des pays chauds* (dysentérique ou malarienne), l'*hépatalgie avec coliques hépatiques* plus ou moins frustes, les *cirrhoses atrophique et hypertrophique*, le *cancer du foie*, et surtout les *kystes hydatiques suppurés.*

1. Gilbert. *Séméiologie du sang. Traité de médecine*, t. II, p. 475. Widal. *Paludisme. Traité de médecine*, t. I, p. 859.
2. Bertulus. *Gaz. des hôpitaux*, 1859.

MALADIES DES ANNEXES DU FOIE

1° *Pyothorax sous-phrénique.*

Par leur siège et leur marche la plus commune, les collections purulentes sus-hépatiques sont très comparables aux abcès du foie ; heureusement elles sont rares (1).

Quelquefois causé par un traumatisme, plutôt par une affection d'organes voisins (estomac, foie, rate, intestin), l'abcès a pour siège tantôt la *face convexe du lobe droit*, tantôt celle du *lobe gauche du foie ;* les deux collections étant séparées par le ligament suspenseur (grande faux de la veine ombilicale).

La première collection forme une tumeur de l'hypochondre droit, limitée en haut par la concavité du diaphragme, en bas par la convexité du lobe droit, à gauche par le ligament suspenseur, à droite le ligament triangulaire, et en arrière le ligament coronaire. La limite antérieure est formée par les adhérences établies entre la face supérieure du foie et le diaphragme, quelquefois par d'autres reliant le bord inférieur du foie à la paroi antérieure de l'abdomen. Le diaphragme est refoulé dans le thorax ; et la plèvre, si elle n'est pas la cause de la collection, peut s'enflammer secondairement. A la face supérieure du lobe gauche, la poche est bornée en haut par le diaphragme, en bas la face convexe du lobe gauche, à droite le ligament suspenseur, en arrière le ligament coronaire et en avant par des adhérences unissant le foie au diaphragme ou à la paroi de l'abdomen. Une telle localisation explique sa confusion avec l'abcès du foie, car les signes physiques sont presque identiques. Si la péritonite par exemple, siège au-dessus du lobe droit et qu'on prenne la matité de la collection sus-hépatique pour une matité hépatique

1. Deschamps. Thèse de Paris, 1886.

vraie, le diaphragme refoulé en haut dans le thorax et le foie abaissé vers l'abdomen peuvent faire croire à une énorme collection intrahépatique. Si les signes physiques ne sont guère certains, les symptômes ne le sont pas davantage : un début toujours obscur, des troubles digestifs, avec douleurs vagues à l'hypochondre ou à l'épigastre, une fièvre analogue s'observent dans les deux cas, et une étude minutieuse est nécessaire pour en tirer des conclusions utiles au diagnostic différentiel.

Parmi les *symptômes les plus caractéristiques*, Plinatus a signalé les douleurs localisées au foie et irradiées au colon et au cardia ; la diarrhée, la matité du thorax, et au-dessus de la zone mate des phénomènes normaux de percussion et d'auscultation, enfin une limite supérieure de matité s'étendant plus haut en avant qu'en arrière (1).

L'étiologie peut donner d'utiles renseignements : ainsi la péritonite enkystée s'observe fréquemment à la suite de traumatisme ; mais elle peut aussi dépendre de lésions inflammatoires d'organes voisins (abcès du foie, ulcère de l'estomac, etc.). Si le malade vient des pays chauds, l'abcès du foie est plus probable ; mais s'il est de nos pays, le doute est permis, car les deux affections sont également peu communes. Quand l'abcès sous-phrénique est consécutif à une hépatite suppurée, il est bien difficile de rendre à chaque maladie les signes et symptômes qui lui appartiennent.

D'après Foix (2), l'hépatite suppurée s'accompagne souvent d'ictère, qui est rare dans la péritonite hépatique ; mais M. Rendu a montré que l'ictère manque très souvent dans l'abcès du foie.

L'extension à la plèvre des phénomènes inflammatoires de la péritonite sous-phrénique serait plus commune que dans l'abcès du foie.

1. Plinatus. *Saint-Petersburger medic. Wochens.*, 1887, p. 29.
2. Foix. Thèse de Paris, 1874.

La ponction faite, le mode d'écoulement du pus, différent si la poche est au-dessus ou au-dessous du diaphragme, n'a pas de valeur ici puisque dans les deux cas la collection est sous-diaphragmatique (Pfühl, Jaffé). On a dit que la nature de ce pus pouvait trancher la question : cela est vrai quand au début le liquide est séreux, ou bien sanguinolent, comme dans le cas de Méry, où à la suite de traumatisme il se fit une sorte de pachypéritonite hémorrhagique, manière d'hématocèle avec liquide séro-sanguinolent (1).

Les éléments du pus ont plus de valeur, non pas les microbes qu'il peut contenir, mais les éléments cellulaires qu'on y pourra découvrir. Il est évident que, si dans une collection d'origne douteuse, le pus évacué renferme des débris de tissu hépatique le diagnostic de la nature sera fait, mais non celui du siège, car on a vu des abcès sous-phréniques consécutifs à une hépatite suppurée, latente, dont les signes étaient cachés par ceux de la collection sus-hépatique voisine. Telles sont les observations de Muselier (2), Rouis (3), Catteloup (4).

A la vérité, il ne faut rien exagérer, et les choses en pratique ne vont pas avec cette rigueur, puisque l'intervention thérapeutique ne change pas.

Il est d'autres cas où l'abcès sous-phrénique, suite de lésions stomacales ou intestinales, renferme des gaz et devient un *pyopneumothorax*. Ce sont alors les signes du pyopneumothorax vrai (tympanisme, succussion hippocratique, souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain). Rigal avait déjà signalé un cas de ce genre (5);

1. Méry. Soc. anatom., 1885.
2. Muselier. *Gaz. med. de Paris*, 1885.
3. Rouis. *Recherches sur les suppurations endémiques du foie* 1860.
4. Catteloup. *Mémoires de méd. et chir. milit.*, 1845.
5. Rigal. *Soc. médicale des hôpitaux*, 1874.

puis en Allemagne Pfühl (1), Leyden (2), Jaffé, Moritz (3) en publièrent d'autres, et donnèrent de cette affection une description complète. Outre les signes spéciaux dus au mélange d'air et de pus, on a remarqué que la parésie du diaphragme est plus rapide ; elle serait due à l'action des produits putrides s'exerçant directement sur les nerfs et le muscle : cette parésie subite ressemble à ce qui passe dans la péritonite, produisant rapidement une paralysie de la musculature intestinale (4).

Le diagnostic avec l'abcès du foie sera facile, mais il faut dire qu'on a signalé des cas où cet abcès contenait aussi de l'air après perforation stomacale voisine. Dans une observation de Kreig, c'était une tumeur siégeant à l'épigastre, dans le lobe gauche, accompagnée de fièvre avec douleurs d'hypochondre et d'épaule, ictère léger et œdème des jambes : à la percussion elle donnait un son clair. Après quelques jours, vomissements de matières purulentes, fétides, puis selles de même nature. L'ouverture chirurgicale de l'abcès donna issue à une matière semblable aux vomissements et aux garde-robes (5).

Je n'ai encore rien dit de la *péritonite sous-hépatique ou sus-ombilicale*, dont la description symptomatique se confond avec celle de la péritonite sus-hépatique. Gauverit en rapporte un exemple cité par Bertrandi dans le 3e volume des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie :* « Un Président de la Grand'Chambre, qui avait eu la jaunisse, se plaignait d'une tumeur douloureuse étendue de l'appendice xiphoïde à la troisième côte : on avait pensé à un abcès du foie. Le malade refusa l'opération et mourut 4 mois après. A l'autopsie fut trouvé un kyste qui s'étendait depuis le cartilage xiphoïde jusqu'à la partie inférieure du ventri-

1. Pfühl. *Berliner Klin. Woch.*, 1877.
2. Leyden. *Berliner Klin. Woch.*, 1879.
3. Moritz. *St-Petersburger méd. Woch.*, 1880.
4. Ramadan. Thèse de Paris, 1891.
5. Kreig. *Loc. cit.*

cule ; de l'autre côté il adhérait au bord du foie et s'étendait un pouce plus bas et antérieurement à la ligne blanche : ce sac n'avait aucune communication avec le foie, d'ailleurs en bon état. Le pus venait d'une tumeur squirrheuse, ulcérée des glandes, qui sont près du pylore ; elles étaient fort tuméfiées et la matière épaisse : de sorte que si l'on avait ouvert la tumeur du vivant de l'individu le lieu, le caractère de l'humeur et les symptômes auraient fait croire à un abcès du foie » (1).

En résumé, on *pourra souvent distinguer l'hépatite suppurée du pyothorax sous-phrénique*, en se fondant sur les commémoratifs, le début brusque, avec phénomènes péritonitiques, les troubles gastriques plus intenses, enfin sur l'examen du pus. Aussi bien le diagnostic n'est parfois possible que par exclusion, ou même seulement à l'autopsie.

2° *Phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique.*

C'est une affection également rare dont le siège est voisin de la précédente et que Blocq a bien étudiée récemment (2), pour en préciser le siège anatomique, décrire la part que prennent à sa production les lésions intestinales voisines, et nous éclairer sur certaines difficultés de diagnostic. La collection purulente occupe le tissu cellulaire qu'on trouve à ce niveau de la paroi abdominale où se détachent les deux feuillets péritonéaux qui vont constituer par leur réunion le ligament suspenseur du foie et sont tendus inférieurement par la veine ombilicale. Par son siège au niveau d'une accumulation de tissu cellulaire elle rappelle le phlegmon prévésical de Retzius et le phlegmon sous-ombilical de Heurtaux (3). Rare, et sans

1. Gauverit. Th. Paris, 1849.
2. Blocq. *Progrès médical*, 1885.
3. Follin et Duplay, t. 5, p. 755. *Traité de Chirurgie*, t. 6, p. 318.

cause connue, c'est une tumeur qui se forme lentement et présente une voussure ovalaire, à grand axe vertical et un peu oblique en bas et en dedans, mais dont l'évolution est très lente (8 mois au maximum).

Cette tumeur, rénitente et mate, étendue entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, à droite de la ligne médiane, se confond souvent en dehors avec la matité du foie. Elle ne se déplace pas avec les mouvements du diaphragme et rappelle l'abcès du grand droit, dont elle ne diffère que par le siège anatomique plus profond, sous-péritonéal, et non plus sous-aponévrotique ou intramusculaire.

Dans quelques cas les phénomènes généraux du début ont fait songer à une dothiénentérie ; dans d'autres, le siège de la douleur, les oscillations de température et l'amaigrissement pouvaient simuler une péritonite tuberculeuse ; enfin lors de l'apparition de la tumeur on pouvait croire à un abcès du foie. Le pus souvent fétide se distingue ainsi de celui de l'abcès du grand droit qui ne l'est pas. Sa couleur parfois rouge-brique a pu donner le change : témoin le fait de Gosselin, qui croyait, à cause de cette couleur du pus avoir ouvert un abcès du foie, et s'assurait par l'exploration digitale du siège pariétal et sous-péritonéal de la collection incisée (1).

Les antécédents, l'évolution toujours lente, le siège de la tumeur, sa forme et ses connexions, son immobilité et sa fluctuation assez nette, l'odeur du pus et sa constitution microscopique : ce sont là tous les éléments d'un diagnostic avec l'hépatite suppurée.

3° *Abcès et tumeurs de la vésicule biliaire.*

Quand à la suite de coliques hépatiques et de poussées successives d'ictère avec quelques accès de fièvre intermittente hépatique, un malade porte une tumeur piri-

1. Goselin. *Clin. chirurg.*, t. II, p. 45.

forme, mollasse parfois fluctuante, mobile au début, verticalement située sous le rebord des fausses côtes et descendant plus ou moins vers l'ombilic ou même dans la fosse iliaque, donnant quelquefois la sensation d'un sac de noix, il est évident qu'une dilatation de la vésicule biliaire existe, qu'elle soit produite par de la bile ou de la boue calculeuse ou seulement une hydropisie simple, après oblitération complète et ancienne du canal cystique par un calcul enclavé (1).

Mais si cette tumeur biliaire suppure et qu'il y ait alentour un œdème et un empâtement empêchant une exacte délimitation de la poche, si la douleur est continue, exaspérée par les mouvements, la pression ou une forte inspiration et irradiée vers l'épaule, il sera difficile de la distinguer d'un abcès du foie ; d'autant plus que l'hépatite suppurée peut être le résultat d'une cholécystite, ou du moins l'une et l'autre peuvent être les conséquences de la lithiase biliaire.

S'il s'agit, au contraire, d'un abcès tropical, il sera plus aisé de reconnaître l'hépatite et l'on ne songera même pas à la tumeur biliaire.

Les antécédents, le mode d'évolution, l'absence de coliques hépatiques, l'état général, un examen local attentif seront les éléments du diagnostic. Du reste, l'erreur ne serait guère à craindre, puisque le premier temps de l'opération la rectifierait par une large incision au niveau de la tumeur.

1. Dans un cas observé il y a quelques mois chez une vieille femme cachectique, on avait pensé à un néoplasme du rein ou du coude droit du colon transverse, et l'on trouva à l'autopsie une dilatation kystique de la vésicule biliaire, ayant le volume et la forme du cæcum, et ne contenant que du liquide clair, un peu filant : les parois de cette vésicule étaient épaissies et son canal cystique oblitéré par un calcul muriforme. La malade n'avait jamais eu d'ictère ni de coliques hépatiques.

MALADIES DU FOIE

1° *Hépatite aiguë des pays chauds.*

Il n'y a entre cette affection et la forme aiguë de l'abcès du foie qu'une *question de degré:* ce sont les deux étapes, l'une médicale, l'autre chirurgicale d'une même infection hépatique, la première se terminant simplement par résolution et n'évoluant pas jusqu'à la suppuration. Cette hépatite aiguë, dysentérique ou malarienne, s'annonce par un point douloureux à l'hypochondre droit ou à l'épigastre, par une fièvre peu intense ; puis le pouls devient plus fréquent, la respiration gênée, le facies pâle rarement ictérique, l'appétit nul et les selles plutôt rares.

L'hypochondre droit un peu saillant est immobile pendant la respiration, et la percussion dénote une légère hypertrophie du foie. Après trois ou quatre jours survient une détente ; tout disparaît, et le foie tend à recouvrer son volume normal : c'est la guérison par simple résolution ; mais la récidive est facile et fréquente. Il y a là seulement une hypérémie du foie, c'est le premier degré de l'abcès ; peut-être même se produit-il parfois quelque petit foyer de suppuration qui se résorbe ensuite spontanément (Kelsch et Kiener).

Peut-on reconnaître cliniquement à quel degré d'infection est atteint le tissu hépatique ? Est-ce l'hépatite aiguë simple, ou la suppuration est-elle déjà dans l'organe ? Il est impossible de le savoir.

2° *Hépatalgie. Coliques hépatiques.*

Lorsqu'un accès de colique hépatique éclate franchement chez une femme, ayant depuis longtemps des douleurs sourdes à la région du foie, que la douleur a tous les caractères classiques avec ses irradiations, accompagnée de vomissements et d'ictère, puis de ralentissement

du pouls, de souffle mitral ou tricuspide, enfin de présence de boue calculeuse ou même de graviers dans les selles, le diagnostic s'impose. Mais il n'en va pas toujours ainsi.

La *colique fruste*, où l'ictère est inconstant, où dominent les accidents gastriques, où la douleur siège à l'épigastre, aux lombes ou au mamelon, où survient avec une toux sèche, une congestion pulmonaire de la base droite et une légère hypertrophie du foie, peut donner le change et simuler un abcès du foie.

La fièvre même trompera : tantôt violent accès, unique avec grand frisson, c'est la *fièvre hépatalgique* de Charcot ; tantôt c'est le *type intermittent*, plus fréquent chez les femmes déjà vieilles (Salpêtrière), étudié par Charcot et Regnard ; ce dernier type apparaît plutôt le soir ; l'accès est violent, ressemble à l'accès palustre le plus franc ; sa marche est chronique, avec des rémissions souvent prolongées et suivies de brusques réveils (Dupré). C'est une fièvre d'infection biliaire, analogue à la fièvre uroseptique (1).

Dans la lithiase biliaire l'examen des urines accuse des *variations de l'urée*, bien étudiées par M. Regnard, qui a montré une diminution de l'urée dans la fièvre intermittente hépatique, chaque fois que la température augmente (2). Or, dans l'abcès du foie existe la même diminution ; seulement elle est permanente, puisque le champ de l'uropoïèse est amoindri (Parkes (3), Hirtz (4), Lecorché et Talamon) (5). Mais cette hypoazoturie dans

1. Dupré. *Les infections biliaires*. Th. Paris, 1891, p. 117.

2. P. Regnard. *Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires*. Thèse de Paris, 1879.

3. Parkes. *Lancet*, 1871, t. I.

4. Hirtz. Soc. anat., 1875, p. 133.

5. Arnaud cite un cas d'abcès du foie où le malade rendait 9 grammes d'urée en 24 heures ; par contre un malade de Vedel excrétait 35 grammes d'urée.

l'hépatite suppurée peut tenir aussi à la nutrition défectueuse et à l'affaiblissement progressif du patient.

En somme, une fois connus les antécédents, l'âge et le sexe du malade (plutôt femme âgée) après inspection de la région et recherche de la vésicule biliaire, on fera une analyse de l'urine pour en étudier les variations de l'urée et un examen minutieux des selles, souvent décolorées, que l'on passera au tamis sous un mince filet d'eau. Tous ces éléments sont nécessaires pour distinguer la colique hépatite fruste de l'abcès du foie.

Je n'ai pas parlé de l'urobilinurie, qui s'observe dans les deux cas, non plus que de la glycosurie alimentaire, plus commune dans l'abcès que dans la lithiase (1).

3° *Congestion hépatique et cirrhoses.*

Il ne s'agit pas ici de la congestion hépatique des pays chauds, causée par la malaria ou la dysentérie : c'est l'hépatite aiguë ; il ne s'agit pas davantage de congestion du foie par insuffisance hépatique et dilatation du cœur droit, mais bien d'une *congestion habituelle ou intermittente*, signe *avant-coureur d'une cirrhose.*

Les troubles gastriques du début, l'augmentation de volume du foie, une circulation veineuse sous-cutanée de l'hypocnondre et de l'épigastre, le météorisme et l'ascite même s'observent dans l'abcès du foie. Témoin le cas de Maurel (2), où un homme, sans autres antécédents que l'alcoolisme, fut pris de fièvre, avec douleur épigastrique, accidents digestifs, ballonnement du ventre, alternatives de diarrhée et de constipation, sans ictère, puis œdème des membres inférieurs sans albumine : on pensait à une cirrhose alcoolique. Une pleurésie gauche apparut, et un

1. Dans notre observation, la glycosurie alimentaire, essayée sans succès, indiquait qu'une petite portion du foie seule était malade.

2. Maurel ; cité par Arnaud.

mois après on trouvait à l'autopsie un foie hypertrophié dont le lobe gauche adhérent au diaphragme renfermait en une poche 300 grammes de pus.

Francoz (1) cite l'exemple d'un malade soigné pour une cirrhose avec ascite, gros foie, subictère, œdème de membres, qui rendit tout à coup un plein crachoir de pus bilieux dont il fut tout suffoqué. Après quelques jours de cette expectoration, l'ascite et la tumeur hépatique disparurent; le malade mourut, cachectique, mais son autopsie fut impossible. C'était une hépatite à développement obscur, où rien ne faisait penser à une suppuration du foie jusqu'à l'apparition de la vomique.

Ces erreurs sont si rares qu'il suffit de les signaler.

Il en est ainsi de la *cirrhose biliaire* et même de la *cirrhose pigmentaire*.

M. Hanot rapporte, d'après la thèse d'agrégation de Gubler, que dans un cas de sclérose hypertrophique avec ictère, Cruveilhier pensait à un abcès du foie : C'était un homme qui, deux ans auparavant, avait souffert d'une affection aiguë du foie, à marche très rapide, caractérisée par un ictère général, avec douleurs de ventre et maux de tête et diminution d'appétit ; peu à peu l'ictère, l'hypertrophie du foie, la marche aiguë des accidents, la réaction fébrile, compliquée d'un état adynamique et de purpura, avaient porté Cruveilhier à diagnostiquer un abcès du foie (2).

La *cirrhose pigmentaire*, chez un malade non diabétique, est presque toujours d'origine paludéenne ; on la reconnaîtra à l'examen du sang, au subictère, aux urines urobiliques, aux selles bilieuses, à l'hypertrophie de la rate et à l'efficacité du sulfate de quinine.

1. Francoz. Thèse de Paris, 1873.

2 Hanot. *Cirrhose hypertrophique du foie.* Thèse Paris, 1876

4° *Cancer du foie.*

Il est difficile de prendre pour un abcès du foie un cancer de cet organe (surtout la forme secondaire) avec ses nodosités mamelonnées, sa marche lente, apyrétique, sa cachexie et les troubles physiques et fonctionnels causés par la maladie primitive. Mais le *cancer primitif* (1), surtout la forme massive, plus que la forme nodulaire, se présente avec une hypertrophie uniforme, portant plutôt sur le lobe droit, sans bosselures, avec ses troubles digestifs, son absence d'ictère et de mégalosplénie, d'ascite et de réseau veineux, avec ses urines chargées d'urobiline, son hypoazoturie, avec une douleur parfois irradiée vers l'épaule : la confusion est possible avec l'hépatite suppurée. Il est vrai de dire qu'aucun exemple n'en est cité. En pareil cas l'absence de fièvre serait utile à noter, mais on a signalé des abcès du foie sans température et par contre un cancer du foie avec hyperthermie (2). Semblable erreur fut commise quand on prit un *cancer du foie* pour un *kyste hydatique suppuré*. Ainsi M. Reclus a ouvert un cancer colloïde croyant inciser un kyste, et M. Segond dit avoir eu la même surprise en sens inverse : « Sur une femme dont le foie était bosselé et l'état général mauvais, le diagnostic cancer semblait indiscutable ; néanmoins, cédant aux instances de la malade, on ponctionna l'une des bosselures malgré sa dureté fibreuse apparente ; c'était un kyste à plusieurs loges qui guérit par une large incision (3). »

1. Gilbert. Thèse de Paris, 1886. Hanot et Gilbert. *Maladies du foie*, 1er fascicule, 1888.

2. Murchison. *Maladies du foie* (Traduction Cyr), p. 231.

3. Segond. *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 283.

5° *Kystes hydatiques, surtout suppurés.*

Pour terminer cette longue étude des affections qui peuvent être confondues avec l'abcès du foie, j'arrive à l'un des diagnostics les plus difficiles, celui des *kystes hydatiques suppurés.*

Quand le kyste est simple, l'erreur est moins fréquente; je ne parle pas des *kystes séreux,* niés par quelques auteurs ; ces derniers, non parasitaires, sont très rares, s'accompagnent de rein polykystique, sont petits et difficiles eux-mêmes à reconnaître (Hanot et Gilbert).

Cette confusion des kystes et des abcès du foie est peut-être *une des erreurs les plus communes et les plus faciles à commettre.* Parmi les kystes, les uns n'ont été découverts qu'à l'autopsie, les autres ont été pris par des abcès jusqu'au jour où les vésicules furent évacuées par les voies respiratoires ou digestives ; d'autres enfin ne sont dévoilés que par une ponction faite dans un autre but (1). Il existe des similitudes frappantes dans le mode de début, la marche et les troubles fonctionnels de ces deux maladies ; c'est ce que prouvent les observations de Budd (2), Saussier (3), Silver (*Medical Times*, 1879, t. I), Murchison, Balzer (Soc. anat. 1877), Bouillet (4), Beckerich (thèse de Paris, 1877) (5).

L'étude de l'*étiologie* et des *antécédents* est seule capable d'assurer le diagnostic : le kyste hydatique, comme l'abcès du foie, peut être consécutif à un traumatisme qui favorisera la fixation des œufs et le développement du

1. Codet. Thèse de Paris, 1881.
2. Budd. *Diseases of the Liver*, p. 99.
3. Saussier, in thèse de Barrier. Paris, 1840.
4. Bouillet. Th. de Paris, 1878.
5. Sistach a cité un cas où le diagnostic fut jusqu'à la ponction hésitant entre un abcès du foie, un kyste séreux et un kyste hydatique (*Mémoires de méd. et pharm. milit.*, 1868, p. 455).

kyste, soit par rupture vasculaire, soit par fluxion traumatique (1). Plus intéressante est l'action du traumatisme sur un kyste déjà existant, dont l'évolution devient beaucoup plus rapide.

En général, la *marche* est plus aiguë dans l'abcès, presque intermittente dans le kyste. Ainsi un renseignement important sera fourni par le malade qui aura constaté une lente croissante dans le cas de kyste, et l'indolence d'une tuméfaction hépatique, qui après plusieurs mois devient douloureuse et s'accompagne de fièvre, frissons, diarrhée et vomissements, tous signes qui annoncent une inflammation de la poche et ne seront pas alors confondus avec ceux d'une hépatite suppurée. D'après plusieurs auteurs, le kyste hydatique non suppuré n'est douloureux que s'il est considérable; M. Jaccoud pense au contraire que c'est le siège et non la nature qui influe sur la douleur (Clinique de Lariboisière, 1881).

La marche lente, l'apyrexie, le peu de symptômes généraux et de retentissement sur l'économie, une fluctuation moins rare et moins obscure, quand elle existe, seront en faveur du kyste. Le *frémissement vibratoire*, qu'on ne sent (et rarement) que par une percussion un peu ferme et saccadée, ne pourra être pris pour un *frottement de périhépatite*, seulement perçu à la palpation et mieux encore à l'auscultation.

Mais *l'erreur est plus facile et commune avec le kyste suppuré.*

Le mode de début peut être identique : comme l'abcès, le kyste reste ignoré jusqu'au jour où un traumatisme local lui donne naissance ou lui fournit une impulsion nouvelle. En général l'évolution en est lente et les symptômes généraux s'aggravent dès que la poche suppure : on a depuis longtemps déjà observé les phénomènes prémonitoires (troubles dyspeptiques bizarres, dégoût des

1. Danlos. Th. Paris, 1879.

matières grasses, éruptions ortiées, épistaxis, métrorrhagies).

En recherchant les *signes physiques* et les *limites du foie*, on opposera le volume souvent considérable de la tumeur à la durée relativement courte des accidents ; mais on remarquera que dans le kyste de la convexité, à moins qu'il soit énorme, le foie n'est pas abaissé, ou l'est à peine, tandis qu'avec un épanchement pleurétique de même importance son déplacement serait très notable (Hanot), il en serait de même d'un abcès du foie.

La douleur d'épaule serait moins fréquente que dans l'abcès (Labadie-Lagrave), contrairement à l'opinion de M. Dieulafoy : l'ictère, rare dans les deux cas, l'est encore plus dans le kyste.

« En raison de l'épaisseur du kyste adventice qui entoure et isole l'hydatide, il est exceptionnel qu'un kyste hydatique même suppuré détermine du côté des téguments le cortège des signes locaux propre aux abcès du foie (Tillaux). »

Enfin l'ouverture de la poche purulente dans les voies aériennes ou digestives, la ponction exploratrice, la présence de crochets ou de débris de membranes et l'absence de cellules hépatiques dans le liquide évacué donneront au diagnostic la certitude qui lui manquait pour affirmer un kyste hydatique.

Mais, dira-t-on, pourquoi prendre tant de peine à distinguer nettement ces deux affections du foie? A supposer que les antécédents et le mode d'évolution ne puissent lever les doutes, l'intervention thérapeutique dans les deux cas n'est-elle pas la même?

Sans doute, mais certains cas sont restés obscurs jusqu'à la fin, et le diagnostic ne put se faire qu'à l'autopsie (Rendu. *France médicale*, 1882). Enfin on a noté la *coïncidence d'un kyste hydatique et d'un abcès du foie*, évoluant côte à côte, l'abcès étant causé par la suppuration du kyste voisin. Un cas de ce genre fut observé par

M. Bucquoy, cité par Péan (1) : « Après 8 jours d'ictère persistant, hypertrophie du foie descendant jusqu'à l'ombilic, puis pleurésie et expectoration de crachats abondants, muco-purulents sans crochets. A l'autopsie, kyste hydatique qui ne participait pas à l'inflammation du foie ; les symptômes observés étaient dus à l'abcès du foie, communiquant avec les bronches. »

Mais, encore une fois, une erreur sera peu nuisible au malade, puisque la collection purulente intrahépatique, quelle qu'elle soit, doit être évacuée de la même manière.

Pour ne rien omettre, je dois enfin signaler les cas où *l'abcès du foie a évolué sans symptômes*, et fut une *trouvaille d'autopsie*, et ceux où il resta masqué par une maladie intercurrente (2) (Andral).

L'abcès du foie étant reconnu, il en faut rechercher la *cause*, le *nombre*, le *siège*, le *volume* et la *variété*.

Diagnostic de la cause.

Dans les pays chauds la plupart du temps la cause sera la dysentérie, puissamment aidée par l'influence des grandes chaleurs ou des variations brusques de température sur des gens alcooliques, surmenés, blessés ou exposés aux intempéries.

L'action de la malaria a été niée : pourtant récemment Demmler (3) a montré que dans beaucoup de cas au Tonkin on ne trouvait dans les abcès du foie aucune trace de dysentérie antérieure ou concomitante.

Les malades interrogés déclaraient n'avoir pas jamais eu de sang dans les selles, et que ces dernières avaient été bilieuses, apparaissant avec les accès fébriles. « Cette

1. Bucquoy, cité par Péan, *in Tumeurs de l'abdomen*, 1880.
2. Andral. *Clinique méd.*, t. II, 1834.
3. Demmler. *Progrès médical*, 1891, p. 361.

diarrhée, d'après l'auteur, résulterait de l'apport dans l'intestin d'une bile altérée par l'inflammation du foie, au lieu d'en être la cause; et la preuve en est que, l'abcès vidé, la diarrhée disparaît : il faudrait donc admettre aux abcès du foie deux origines. Dans ces cas les foyers sont généralement isolés, et les lésions du reste de l'organe, pas très profondes encore, sont susceptibles de guérison si l'on soustrait le malade aux causes qui les ont produites. »

Dans nos pays, l'étroite parenté des abcès hépatiques et de la *dysentérie* est aussi nette qu'aux pays chauds, que le malade revenu des colonies soit atteint d'une récidive de dysentérie tropicale ou qu'il y ait seulement *diarrhée nostras* (1). Si ce facteur étiologique fait défaut, on recherchera les *ulcérations des voies digestives :* lésions gastriques (cas d'Andral, Louis, Murchison (2), ulcérations de typhlite ou appendicite (Netter (3), Bernard, Bettelheim) (4), ou altérations intestinales de la fièvre typhoïde (Bokai, Sidlo, Fauraytier, Leudet, Delaire, Sorel). Arnaud a même cité un cas d'abcès du foie consécutif à une *rectite par pédérastie passive.*

Les *ulcérations tuberculeuses* restent en dehors de cette catégorie, sans doute à cause des oblitérations vasculaires qu'elles déterminent (Chauffard).

Peut-être faudrait-il ajouter les *abcès du périnée* (5), les hémorrhoïdes ulcérées, ou les phlegmasies péri-utérines, qui s'accompagnent du même processus embolique et septique parti des veines afférentes au système porte : Or, dans tous ces cas, il est bien certain que la veine porte

1. Ce sont les cas de Bourdon (Soc. anat. 1839), Béhier, Hayem (Soc. anat., 1869), Riegler, Gestin, Schmidt.

2. Murchison. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1867, p. 145.

3. Netter. *Soc. clinique*, 1882.

4. Bettelheim. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1889.

5. Vallin. *Union médicale*, 1874, t. 17, p. 487.

sert de canal vecteur à l'agent infectieux, qu'il y ait ou non pyléphlébite constatable.

Sans doute une partie de ces abcès rentre dans la catégorie de ceux appelés métastatiques, mais la pathogénie montre de grandes ressemblances entre les suppurations de l'une et l'autre espèce. En effet si les abcès dits tropicaux diffèrent surtout par leur moindre multiplicité et leur plus grand volume, en général, on peut les considérer aussi comme le résultat d'une véritable infection purulente dont le point de départ n'est point une plaie extérieure, mais une ulcération du tube digestif, en contact avec les liquides irritants fournis par les sécrétions pathologiques (Rendu).

Aux causes précédentes d'abcès du foie par voie veineuse, il faut ajouter celles qui suivent la voie biliaire: 1° Les *calculs intrahépatiques* avec angiocholite suppurée, et abcès souvent multiples, parfois uniques et volumineux (cas de Singer (1), Defontaine) (2); et 2° les *corps étrangers* [*épingles* avalées et retrouvées dans le pus de l'abcès (Wasdale) (3) et *lombrics* qui gagnent le foie par le canal cholédoque, se font bactérifères en raison de leur origine intestinale (4)].

Enfin l'hépatite suppurée peut être causée par un *traumatisme de la région :* une quinzaine de cas en sont bien connus (5). Ce traumatisme, s'il s'agit de plaie pénétrante, introduit directement l'infection avec le corps vulnérant, et s'il y a simple contusion il se fait une perturbation nutritive qui prépare le parenchyme hépatique

1. Singer. *Prager Medic. Woch*,, 1884, p. 283.
2. Defontaine. *Revue de chirurgie*, 1890, p. 599.
3. Wasdale. *Lancet*, 1868, t. II.
4 Davaine. *Traité des Entozoaires*. — Mattei (*Annali Omodei* vol. CLXI) et *Union médicale*. 1858.
5. Goodwin. *Brit. med. Journal*, 1864.

à un envahissement microbien par la voie biliaire ou la voie porte (Bertrand) (1).

Malgré la plus grande attention il a été parfois impossible de déceler l'origine de l'abcès : quelques observations probantes ont été publiées.

Dans certains cas la recherche de la cause est difficile, *l'examen du pus* pourrait peut-être donner des renseignements, encore qu'il soit souvent stérile ; les amibes du colon indiqueraient une origine dysentérique, l'étude du sang et des hématozoaires une origine malarienne.

Diagnostic du nombre.

C'est un caractère spécial aux abcès de l'hépatite d'être en petit nombre et souvent volumineux. Annesley avait déjà remarqué en 1825 que rarement on trouve plus de deux ou trois foyers, un seul dans les trois quarts des cas : particularité importante qui établit une différence considérable entre les abcès tropicaux et les métastatiques, toujours multiples et en voie de développement. On conçoit comme cette multiplicité modifie le pronostic ; malheureusement il n'est guère possible de la reconnaître. Cependant, quand un abcès a été ouvert, que le pus s'en évacue aisément, et que, sans complications éloignées, la fièvre ou la diarrhée ne diminuent ou ne disparaissent pas, on doit craindre un second foyer, le rechercher et l'ouvrir au plus vite.

Diagnostic du siége.

Les abcès du foie ne siègent pas indifféremment en tous les points ; ils occupent le *lobe droit* et surtout la *face convexe* dans les 2/3 des cas ; chez le quart des malades c'est le lobe gauche qui est envahi ; le lobe de Spigel est rarement atteint.

1. Bertrand. *Gaz. hebdom.*, 1891, p. 69.

Le foyer purulent n'y est presque jamais cortical d'emblée, au contraire des abcès par infection purulente où les infarctus, dans le foie comme dans les autres viscères, siègent à la périphérie, c'est-à-dire sous la capsule de Glisson (Rendu), de sorte que si l'aiguille exploratrice y rencontre le pus à une petite profondeur, presque à la surface de l'organe, on en peut conclure que la collection purulente est volumineuse.

La situation exacte de l'abcès peut-elle se déterminer? On se fondera, pour cela, sur le siège et les caractères de la douleur, sur la prédominance des signes thoraciques ou abdominaux, enfin sur la fluctuation ; mais ces éléments du diagnostic sont souvent fort tardifs.

Si l'abcès siège à la face convexe les signes sont plutôt thoraciques : anxiété respiratoire, parfois parésie du diaphragme, toux sèche, congestion pleuro-pulmonaire voisine, douleur irradiée à l'épaule droite, caractéristique pour Annesley, mais qui peut se montrer dans les deux épaules (Andral l'a notée dans un abcès de la face inférieure). La ressemblance est plus grande avec la pleurésie diaphragmatique suppurée et l'abcès sous-phrénique. Enfin le cœur est parfois dévié et la péricardite possible ; l'ictère est exceptionnel.

Si la face concave est envahie, les accidents sont plutôt abdominaux, douleurs irradiées surtout au-dessous des côtes, vers l'ombilic et la région lombaire; dyspnée moins fréquente ; ictère moins rare par compression possible des gros troncs biliaires.

Si l'abcès est au bord antérieur, modifications du foie perceptibles à la vue, palpation et percussion ; œdème plus localisé et apparent, fluctuation plus sensible ; ressemblance plus grande avec une affection de la vésicule biliaire ou une collection purulente de la paroi abdominale.

Si à la partie la plus postérieure du foie, signes moins nets, douleur profonde et sourde, s'irradiant vers la région

sacrée, comme dans l'hépatite dont V. Jacquemont mourut à Bombay en 1832 (1).

Dans le *lobe de Spigel*, l'abcès produirait du hoquet et des vomissements et la douleur est plus limitée à l'épigastre (Mac Lennan).

Aussi bien l'incertitude sur le siège précis de l'abcès est sans inconvénients pour le malade, puisque les ponctions du foie sont inoffensives et qu'on les doit faire et refaire jusqu'à ce qu'on ait rencontré le pus ou que son absence soit assurée (Segond).

Diagnostic du volume.

Est-il possible de l'évaluer? Dès qu'une collection renferme 200 grammes de pus, elle rendrait appréciables l'augmentation de volume et les déformations de la région (Rouis). Mais il faut savoir que dans certains abcès anciens, on peut avoir une diminution de l'organe. En tout cas la profondeur où l'aiguille exploratrice rencontre la poche peut en faire apprécier le volume ou du moins en faire évaluer la grande capacité : nous en avons vu la raison.

On a signalé des abcès où tout le lobe droit n'était plus qu'une vaste poche, limitée par une mince couche de tissu hépatique. Ferron a pu évacuer d'une poche 2800 grammes de pus (2), et Lepidi-Chioti dans un cas 3700 grammes (3).

Diagnostic de la variété.

Peut-on encore aller plus loin et reconnaître si l'abcès est *phlegmoneux* ou *fibreux*? D'après Kelsch et Kiener (4),

1. L'observation de ce voyageur aux lettres charmantes fut publiée par Mac Lennan.
2. Ferron. *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1887, p. 94.
3. Lepidi-Chioti. *Il Morgagni*, 1880, XXII; p. 564.
4. Kelsch et Kiener. *Loc. cit.*, p. 251.

les grands abcès phlegmoneux ont une marche rapide, un volume plus considérable, des réactions locales et générales plus marquées ; les abcès fibreux, plus souven multiples, ont une évolution plus lente et insidieuse, avec symptômes locaux obscurs et vagues, marasme hectique, et phénomènes typhoïdes ; leur pronostic est beau coup plus sévère et leur traitement moins favorable.

Ce sont ces abcès fibreux qu'il est parfois impossible de déceler, par leur petitesse, par leur faible réaction locale et parce qu'ils restent masqués sous une maladie intercurrente.

Les abcès latents, sans signes locaux, sans douleur et sans fièvre, n'attirent l'attention que tardivement (1) et l'on se dispose à les évacuer au moment même où ils se révèlent nettement par une irruption au dehors ou dans une cavité voisine ou dans un autre organe.

Quels sont donc les modes d'évolution et de terminaison des abcès du foie ?

Quelque fois l'*abcès s'enkyste* et son contenu se résorbe : Dutrouleau a cité le cas d'un abcès du foie fluctuant qui guérit sans évacuation spontanée ou artificielle du pus, au moment où l'on voulait en faire l'ouverture : il disparut régulièrement sans secousse et sans crise (2). Mais l'évacuation d'un foyer se fait quelquefois par les voies biliaires : des faits analogues au précédent pourraient être ainsi interprétés.

Au reste, ces cas sont exceptionnels, explicables pourtant par la non-virulence possible du pus hépatique.

Plus fréquente, quoique rare encore, est l'élimination

1. Ce sont les cas d'Arnaud, Fayrer, Léo, Ehrmann, Ralfe, Murchison.

2. Dutrouleau. *Maladies des Européens*, p. 627. Younge. *Médical Press and Circular*, 1889, t. 48, p. 202.

spontanée du pus par ouverture cutanée ou par rupture dans un organe ou une cavité de voisinage.

L'imminence d'une *ouverture par la peau* s'annonce par un empâtement local progressif, un œdème plus marqué, une rénitence plus nette, puis de la fluctuation, la rougeur et l'ulcération des téguments. Parfois le pus n'apparaît sous la peau qu'après un long trajet et vient se faire jour par exemple entre les muscles du dos et des lombes, aux cuisses, le long du thorax, à l'échancrure sternale, à l'ombilic, au pli de l'aine : on peut croire ainsi à un abcès froid (Cas de Marroin).

Menocal, récemment, a signalé un cas d'ouverture spontanée dans le dixième espace intercostal (1).

Par les voies respiratoires, l'issue est la plus fréquente, soit dans la plèvre, soit plus souvent dans le poumon et les bronches.

D'après M. Rendu, la proportion des abcès qui s'ouvrent dans la plèvre est de 5, 5, pour 100 ; celle des abcès qui s'ouvrent dans le poumon est de 10, 5 pour 100.

L'ouverture du foyer dans la *cavité pleurale* peut être brusque ou progressive : si brusque, douleur déchirante et symptômes de pleurésie suraiguë, mortelle en quelques heures (Thompson) (2) ; si lente au contraire, peu de réaction, pleurésie insidieuse comme toute phlegmasie propagée de séreuse, mais avec tous les dangers d'un empyème infectieux.

Dans ce mode d'évacuation, la localisation initiale de la douleur et ses rradiations rappellent la pleurésie diaphragmatique, le frisson manque rarement, il suit l'apparition de la douleur et ne la précède point comme dans la pleurésie vulgaire : ce signe n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic entre une simple pleurésie diaphragmatique et la pleurésie par perforation. La dysp-

1. Menocal. *Revista de ciencias medicas de la Habana*, avril 1892.

2. Thompson. *Brit. med. Journal*, février 1867.

née est extrême : toute la portion droite du diaphragme est immobilisée et la respiration exclusivement costale ; cette paralysie soudaine d'une moitié du diaphragme est encore un signe utile au diagnostic. Enfin la rapidité avec laquelle se développent ces grands épanchements est digne de remarque : dans certaines formes aiguës de l'empyème primitif, l'épanchement peut remplir la plèvre en quelques jours, mais la douleur est moins violente et moins subite (Bouveret) (1).

Donc douleur vive et soudaine, frisson qui la suit et ne la précède jamais, paralysie brusque d'une moitié du diaphragme et formation rapide d'un grand épanchement, tels sont les quatre signes annonçant l'irruption du pus dans la plèvre.

Mais de la cavité pleurale le pus hépatique peut gagner le poumon par un travail ulcératif secondaire (Peacock) (2) : cependant il se porte le plus souvent du foie directement dans le poumon et les bronches.

Il se fait alors une soudure progressive du foie, du diaphragme, de la plèvre et du poumon, et quand le pus se fait jour lentement, *une caverne* se forme qui donne les signes cavitaires d'une tuberculose avancée (3). Si l'irruption est brusque, l'*évacuation par vomique* est imminente, annoncée par un foyer broncho-pneumonique à la base droite, une haleine fétide et des crachats sanguinolents. La vomique fait rejeter au patient un pus rougeâtre, lie de vin, grumeleux : on dirait d'épais chocolat où flottent quelques lambeaux de tissu jaunâtre.

Cette vomique est à distinguer de la vomique hydatique où le pus craché du foie renferme des crochets ; et surtout de la vomique pleurale, au pus souvent verdâtre, et dont l'apparition plus dramatique fut longtemps pré-

1. Bouveret. *Traité de l'empyème*, 1888.
2. Peacock. *Médic. Times and Gazette*, nov. 1867.
3. Ce sont les accidents qui survinrent chez notre malade.

cédée de phénomènes thoraciques, puisqu'elle succède ordinairement à une pleurésie enkystée, interlobaire ou diaphragmatique (1). On ne la confondra pas davantage avec des vomissements purulents, consécutifs à la rupture d'un abcès du foie dans l'estomac.

Parfois le pus de la vomique contient de la bile qui donne à l'haleine une fétidité toute spéciale.

Puis la tumeur hépatique s'affaisse, les symptômes généraux s'atténuent, mais on entend persister à la base du poumon des signes cavitaires. Cette ouverture spontanée ne doit pas empêcher une intervention chirurgicale : il faut quand même ouvrir l'abcès, car la guérison par cette évacuation naturelle, mais insuffisante, est rare ou du moins si lointaine que le malade court grand risque de succomber aux suites d'une suppuration interminable (2).

Par les voies digestives, le pus d'un abcès du lobe gauche ou du lobe de Spigel peut être reçu dans *l'estomac* (Vogel (3), Lussana (4), Andral, Dutroulcau, Rouis, Rivet (5) : alors des matières purulentes sont rejetées dans les efforts de vomissements avec des aliments, et non plus comme dans une vomique au milieu d'une quinte de toux ; mais quelquefois le pus n'est pas rejeté par la bouche et passe par l'intestin dans les garde-robes où il peut être méconnu.

Rouis a insisté sur l'oppression épigastrique après les repas, mais elle n'indique que le siège de l'abcès et non la menace d'une évacuation stomacale.

1. C'est ce qui fut observé dans un cas de pleurésie diaphragmatique suppurée qui pouvait être prise pour un abcès du foie. *Archives générales de médecine*, août 1892.

2. Gabriel a cité un cas de guérison par vomique. *Lancet*, 1891, t. I, 1149.

3. Vogel, *Acta curiosorum naturae*, vol. V, obs. 90.

4. Lussana. *Gazetta med. ital.*, 1850.

5. Rivet. *Mémoires de méd. milit.*, 1878, t. 34, p. 179.

Que si le pus s'élimine *par l'intestin*, le colon surtout, l'issue est assez favorable, et l'on observe après quelques coliques sourdes une exacerbation des douleurs, puis un malaise général, bientôt suivi d'une détente et d'une débâcle purulente dans les selles (1). Le pus mêlé au contenu de la première portion de l'intestin (duodénum par exemple) arrive dans les fèces tellement modifié qu'il est méconnaissable (Dowel) (2). Quelquefois, comme dans un cas de M. Rendu, une première évacuation donne un grand soulagement, puis les accidents reparaissent jusqu'au jour où une nouvelle élimination produit une détente durable: on peut alors admettre soit l'ouverture successive de deux foyers distincts, soit la reproduction du pus dans un même abcès qui s'était fermé après une première évacuation. Chez le malade de M. Kirmisson, ce fut le contenu de l'intestin qui s'évacua dans l'abcès du foie et vint souiller le pansement.

Mais s'il n'y a pas d'adhérences intimes entre le foyer hépatique et l'anse intestinale voisine, le pus se répandra dans le *péritoine*.

Quand la rupture est instantanée et l'évacuation abondante, sous l'influence d'un effort, par exemple, une péritonite aiguë survient, rapidement fatale: ainsi est mort Jacquemont (Cas de Gallard, Haspel (3), Morel (4). La réaction provoquée dépendra de la virulence du pus épanché, car ce pus peut être aseptique et se laisser tolérer par le péritoine.

Parfois c'est une péritonite par propagation qui se déclare, sans réaction générale, ni douleur, ni météoris-

1. J.-L. Petit, le fils. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 45.
2. Dowel, *Association medical Journal*, 1855.
3. Haspel, *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 897.
4. Morel, Th. de Paris, 1852.

me, mais avec petitesse du pouls et souvent hypothermie (Foiret) (1).

Enfin si une péritonite adhésive s'oppose à l'irruption du pus, une collection purulente se forme qui s'enkyste, reste latente pour s'ouvrir plus ou moins vite dans un viscère voisin ou produire lentement des accidents généraux.

Je signalerai seulement l'ouverture de l'abcès du foie *au péricarde* dont on connaît une dizaine d'observations, qui toutes se ressemblent par leur subite douleur épigastrique, la dyspnée, l'affaiblissement des bruits du cœur, la petitesse du pouls et la mort presque immédiate. Ce sont les cas de Graves (2), Allan, Rokitansky, Fowler, Rouis, Wilkam Legg, Van Arcken, Wright, Bentley, Malherbe, Chevassu et Jacobsen (3).

Pimser a cité un exemple d'ouverture simultanée dans le péricarde et le péritoine (4).

L'irruption du pus par les voies biliaires est aussi exceptionnelle. Plusieurs cas en sont connus et cités par Gallard ; Rouis l'a observée une fois ; Morgagni, Charcelay, Léonard, Solmuth en ont vu des exemples ; Saunders, Cambay en ont rapporté des observations ; Balme-Dugarry en a publié un cas, mais l'abcès ouvert à la fois dans le péritoine et les voies biliaires appartenait à la classe des abcès par angiocholite suppurée, étudiée par Pentray (5). On note encore d'autres faits de Cruveilhier, Rouis, Guérard et Barth, où l'abcès s'ouvrit non plus dans les canaux, mais dans le réservoir de la bile.

Ces accidents se manifestent surtout par des crises de coliques hépatiques, et l'on a pu quelquefois retrouver

1. Foiret, Thèse de Paris, 1870.

2. Graves, cité par Stokes, dans son *Traité des mal. du cœur*, p. 24.

3. Jacobsen. *Revista de Ciencias méd.*, 1889.

4. Pimser. *Wiener medicin. Woch.*, 1883, p. 1244.

5. Pentray. Th. de Paris, 1869.

dans les selles le pus évacué par les conduits biliaires.

Tout aussi rare est l'*ouverture de l'abcès dans le rein* : Rayer (cité par Fauconneau-Dufresne) l'a observée une fois où la collection s'était ouverte en même temps au duodénum. Annesley et Neumann ont vu le pus s'écouler par les urines ; un fait rapporté par Dutrouleau montre le rein encore intact, mais le tissu cellulaire voisin avait été détruit par la suppuration.

Dans le cas d'Hashimoto, il y avait une fausse fluctuation ; on y fit une incision blanche ; peu après le pus s'élimina dans les urines et le malade guérit (1).

Jusque-là, pareille lésion n'avait été constatée qu'après la mort.

Ce sont aussi trouvailles d'autopsie que les ouvertures de l'abcès dans *les troncs veineux du foie* (veine porte, veine cave et veine sus-hépatique). James et Piorry ont vu une perforation de la veine cave ; Valleix cite deux cas de rupture dans les veines sus-hépatiques. Si la communication est brusque entre l'abcès et le vaisseau, la mort est subite ; mais il se fait plutôt une phlébite lente de la veine cave, avec les symptômes de l'infection purulente dès que le pus se mélange au sang (Delacour). Dans un cas de Colin, il y eut des frissons répétés, une violente dyspnée et des accès de suffocation (Observations citées par M. Rendu) (2).

Tel est le diagnostic des différents modes d'évolution des abcès du foie. — On sait leur importance puisque l'abcès parfois ne se révèle pas autrement. Ce sont souvent de véritables complications pour le malade, soulagé il est vrai d'une façon passagère, mais dont la guérison spontanée en cette occurrence est absolument exceptionnelle.

1. Hashimoto (de Tokio). *Archiv. für klin. Chirurgie*, 1885, p. 38.

2. Dans un cas de Chomel, les symptômes observés firent croire à une dothiénentérie.

Aussi faut-il opérer quand même et le plus tôt possible.

Mais avant d'aborder l'étude du traitement, je voudrais dire un mot des abcès du foie chez l'enfant.

Abcès du foie chez l'enfant.

Bien qu'assez rares, ils ne sont pas aussi exceptionnels qu'on l'a cru : ils n'étaient guère mentionnés jusqu'au jour où Bernhard en publia plusieurs cas (1). Plus récemment, Musser réunit tous les faits connus au nombre de 34, parmi lesquels plusieurs observations d'abcès pyohémiques (2).

Y joignant quelques autres trouvés dans l'Index-catalogue, l'Index-médicus ou les Bulletins de la Société anatomique, on obtient aujourd'hui un total de 45 cas.

Je n'en ferai une étude rapide que pour en noter les *indications bibliographiques* et des considérations intéressantes sur leur *étiologie*, leurs *symptômes* et leur *diagnostic*.

Le plus souvent leurs *causes* sont les mêmes que chez l'adulte : car, si l'on élimine les 11 cas probablement pyohémiques, il reste 8 cas dus au traumatisme, 8 à des lombrics, 4 à la dysentérie nostras, 4 à la diarrhée tropicale, 2 à la fièvre typhoïde, 2 à une phlébite ombilicale, 1 à la pérityphlite ; 5 sont d'origine inconnue.

Ainsi, chez l'enfant, au contraire de l'adulte, la dysentérie des pays chauds est un facteur étiologique peu commun, remplacé par le *traumatisme et les lombrics* ; les abcès biliaires par angiocholite y sont inconnus. Quant aux abcès traumatiques, leurs accidents se développent plutôt rapidement ; quelquefois le processus inflammatoire reste latent et sans signes locaux pendant plusieurs semaines. Une fois la chute s'était faite plusieurs mois avant le

1 Bernhard. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1886, t. XXV, p. 325.

2. Musser. *Cyclopœdia of the Diseases of Children*, 1890, t. III, p. 466.

début des accidents hépatiques. Les abcès causés par les ascarides simulent, s'ils sont uniques, les abcès tropicaux. D'après une observation de Lebert, le petit malade fut pris d'un frisson et de fièvre suivis de douleurs à l'hypochondre droit, puis de diarrhée : le foie s'hypertrophia, fut douloureux, puis les symptômes pulmonaires apparurent par suite de l'extension de l'abcès.

Chez un autre enfant, c'est un cas de simple abcè hépatique avec fièvre rémittente légère, douleur abdominale et lombaire, puis pleurésie gauche bientôt suivie d'une pleurésie droite. Dans une autre observation, le début fut un épanchement pleural droit avec fièvre rémittente sans symptômes hépatiques; mais une ponction exploratrice retira de la plèvre une sérosité claire et de l'abcès du foie un pus rougeâtre ; un peu avant la mort, œdème de la face et du bras droits. Le malade de Bluff présenta les symptômes spéciaux aux cas de longue durée, avec fièvre intermittente pendant trois mois, douleur épigastrique, augmentation graduelle de l'hypochondre droit, et formation progressive d'un abcès fluctuant à l'ombilic.

Au contraire Mall cite un fait où la marche fut rapide, avec grands frissons, vives douleurs du foie, vomissements, jaunisse, hypertrophie hépatique et tumeur proéminente et fluctuante à l'hypochondre.

En général, les abcès causés par les ascarides ne s'accompagnent pas de développement d'une tumeur localisée ; le foie est seulement augmenté de volume ; les cas traumatiques, au contraire, se distinguent par la rapide formation d'une tumeur.

Une fois est notée la rupture de l'abcès dans la plèvre : on a cité enfin des complications cérébrales (convulsions, délire, stupeur).

En résumé, un enfant, souffrant d'ascarides ou frappé d'un coup à l'hypochondre droit, se plaint subitement d'une vive douleur en cette région, avec irradiations à l'épaule,

d'une sensibilité à la pression, avec pesanteur épigastrique ; bientôt apparaît la fièvre rémittente et ses frissons accompagnée de vomissements, anorexie et parfois selles diarrhéïques. Le foie augmente peu à peu, uniformément ou vers le thorax ou dans l'abdomen ; les côtes font saillie, puis se dessine, à l'hypochondre ou à l'épigastre une tumeur qui peut devenir fluctuante, avec œdème de la peau voisine et développement d'un réseau de veines superficielles. On suspectera un abcès du foie et l'on y enfoncera l'aiguille exploratrice à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'on soit assuré de la présence ou de l'absence du pus. L'examen de ce pus aidera au diagnostic avec un kyste suppuré par exemple.

Le diagnostic est peut-être plus difficile que chez l'adulte, à cause des antécédents souvent malaisés à connaître.

L'abcès a été confondu avec le kyste hydatique, le cancer, une suppuration de viscère voisin et une collection sushépatique.

Ne voulant pas reprendre ce qui a été dit sur ces difficultés de diagnostic chez l'adulte, je mentionnerai seulement les abcès tuberculeux sous-phréniques.

Les abcès tuberculeux du foie, qui s'observent surtout chez les enfants, sont intrahépatiques et périhépatiques ; mais cliniquement les premiers ne sont guère reconnaissables, et leur existence n'est révélée que par les abcès périhépatiques qui leur succèdent.

Aussi bien, les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux des abcès sous-phréniques proprement dits ; leur évolution est plus lente, moins douloureuse et moins fébrile. M. Lannelongue (1) qui les a fait connaître, en a recueilli 7 cas, avec des signes variables suivant le

1. Lannelongue. *Bulletin médical*, 1887, p. 438 : *Congrès franç. de chirurgie*, 1888.

siège (1). Si la tumeur proémine sous le rebord costal, on peut croire à un kyste hydatique ou un abcès du foie ; l'erreur fut évitée deux fois en se fondant sur la limitation de la tumeur, son évolution rapide et surtout les antécédents. Quand la collection siège plus haut on la distinguera d'une pleurésie enkystée, d'un kyste ou d'un abcès du foie : une ponction exploratrice sera souvent le seul moyen de les différencier. Si l'abcès est élevé et peu accessible, il faut à l'incision des téguments combiner la résection du bord inférieur du thorax jusqu'à la septième et la sixième côte, suivant les cas (2). Par l'ouverture large de la collection purulente, on pourra explorer le foie pour rechercher la coexistence d'un abcès intrahépatique, qu'on devra inciser, laver et drainer.

C'est l'étude de ce traitement qui nous reste à faire.

Tableau de 45 cas d'abcès du foie chez l'enfant.

1° *Par traumatisme.*

1. Baudelocque (*Schmidt's Jahrbücher*, 1834) Garçon, 11 ans. Traumatisme. A fait une chute un mois auparavant ; le dernier survivant d'une famille tuberculeuse, a eu des symptômes de phthisie. Mort. A l'autopsie, foie augmenté de volume ; dans le lobe droit 12 à 15 cavités purulentes : conduits biliaires normaux. Durée 6 semaines.

2. Obre (*Transact. Patholog. Soc. London*, 1850-51, III, 115). Fille de 9 ans. Traumatisme possible. Fièvre hectique. Œdème et mouvements convulsifs de la jambe droite ; pas d'ictère, voussure de l'hypochondre droit ; côtes saillantes ; pas de fluctuation. Abcès ouvert, aspiration. Mort 11 jours après que la tumeur s'était manifestée. Cavité contenant 1 pinte 1/2 de pus dans le lobe droit. Pneunomie de la base droite, pas d'ulcérations intestinales.

3. Renaud. *Union médicale*, 1851.

1. Berton avait déjà publié un cas d'abcès tuberculeux (*Traité des mal. des Enfants*, 1842, p. 670).

2. Canniot. Th. Paris, 1891.

4. Sheets (*Cincinnati med. Observer*, 1857, t. II, p. 9-11). G..., 12 ans, tombe sur le coin d'une chaise en août 1855 et se fracture probablement une côte ; grande doueur qui disparut en quelques jours. En mars suivant, saillie à la partie inférieure droite du thorax ; puis empâtement de la région ; foie augmenté, côtes soulevées : œdème des jambes ; constipation. Incision entre la neuvième et dixième côte le 10 avril : du liquide abdominal, du pus et du sang furent évacués. Le 14 septembre un fragment de côté fut enlevé par le malade, et peu après l'écoulement cessait. Durée 11 mois.

5. Löscher (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1860). Enfant de 11 ans : le lendemain d'un traumatisme à l'hypochondre, douleur vive ; puis anorexie, insomnie, toux sèche. Diarrhée, langue sale. Ictère le quatrième jour. Puis signes de pleurésie droite ; augmentation de la matité du foie. Incontinence d'urine ; coma. A l'autopsie grand abcès du lobe droit, ayant perforé le diaphragme et produit une pleurésie purulente droite.

6. Dreschler (S. *Louis méd. and Surg. Journal*, 1869). Garçon de 13 ans : après traumatisme de l'hypochondre droit, vomissements, frissons et fièvre, douleur de la région hépatique. Comme signes physiques, matité à la percussion, voussure petite, difficile à sentir. A rendu en toussant une pinte de pus sanguinolent.

7. Casuso (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, 1883). Débute par manque d'appétit, température élevée et douleur hépatique, diarrhée ; tumeur énorme, fluctuante, douloureuse, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui donne à la ponction un pus rougeâtre. Incision ; mort quelques jours après.

8. Vogler (*Journal Americ. Associat.*, 1887, t. 8, p. 275). F... 12 ans. Douleur de l'épaule droite, fièvre surtout vespérale, constipation, vomissements. Voussure de l'hypochondre, sans fluctuation. Incision qui donne du pus teinté de bile. Guérison.

2° *Par lombrics.*

9. Bluff (*Medecin. Annalen*, Bd. I, 1835). F.., 15 ans. Fièvre intermittente, puis douleur épigastrique : ascarides dans les selles ; puis enflure du ventre et des membres inférieurs. Fluctuation à l'ombilic ; ouverture au bistouri, donne un pus hépati-

que. Guérison en 6 mois. Bernhard croit que ce cas n'est qu'une péritonite enkystée.

10. Lebert (*Traité d'anat. pathol.*, t. I, cité par Davaine, p. 170). F..., 15 ans.

Frisson subit, fièvre vive, douleur au côté droit; diarrhée. Foie débordant les fausses côtes de deux doigts. Puis douleurs thoraciques à droite avec matité depuis l'omoplate. Toux fréquente, crachats sanguinolents. Mort 5 semaines après le début. A l'autopsie plusieurs abcès hépatiques : l'un d'eux, volumineux, a perforé le diaphragme et communique par de petits pertuis avec la base du poumon droit.

11. (Tonnellé. Cité par Davaine, p. 165). Troubles digestifs, diarrhée, vomissements. Amaigrissement rapide et abattement ; puis rougeole et broncho-pneumonie. A l'autopsie on trouva trois abcès communiquant ensemble : l'un d'eux contenait un lombric enroulé sur lui-même.

12. Brown (*Trans. med. surg. Soc. Edinburgh*, 1861, t. I, p. 665). F..., 1 an. Depuis deux mois, diarrhée continuelle avec lombrics : parfois selles sanguinolentes. Le foie fut trouvé hypertrophié à l'examen pratiqué la veille de la mort. Cet organe contenait au-dessus du rebord costal un abcès renfermant trois onces de pus rougeâtre.

13. Starr (*Trans. Colleg. Phys. Philad.*, 1876). G..., 5 ans. Bien portant une semaine avant son admission : douleurs péri-ombilicales ; un peu d'huile de castor fait évacuer 20 à 30 lombrics. Agitation, fièvre, diarrhée, sans jaunisse. Voussure de l'abdomen, plus tard sensibilité et fluctuation profonde. Guérison par aspiration du pus en deux mois.

14. Scheutauer (*Jarbuch für Kinderheilkunde*, XIII, 1879). G..., 4 ans, malade depuis 6 semaines, entre à l'hôpital d'enfants de Pesth pour fièvre et symptômes de pleurésie gauche : selles liquides avec nombreux lombrics. Il quitte l'hôpital au bout de 3 semaines, puis revient 5 semaines après pour un épanchement de la plèvre droite. Mort en 8 jours. A l'autopsie, pleurésie purulente droite ; dans le foie adhérent au diaphragme on trouvait deux abcès dont l'un contenait un lombric.

15. Sinnhold (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1879, p. 288). F..., 5 ans 1/2, souffrant de vomissements bilieux, douleurs abdominales, ictère, foie hypertrophié, amaigrissement. Puis frissons, ascite,

œdème pulmonaire, pétéchies et mort. Dans le foie se trouvaient plusieurs abcès, pleins de pus jaune verdâtre.

16. Bernhard (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1886).

3° *Par dysentérie tropicale.*

17. Miller (*Trans. med. and Physical Soc. Bombay*, 1849). G..., 10 ans, né aux Indes : s'est plaint d'une douleur au côté droit avec fièvre continue ; puis soif, constipation. Foie augmenté : fluctuation distincte à la surface antérieure du lobe droit. Abcès incisé le vingt-cinquième jour : écoulement de pus a duré un mois. Guérison après deux mois de maladie.

18. Menger (*Schmidt's Jahrb.*, 1880). Enfant de 9 ans qui avait de la fièvre depuis 6 mois ; douleurs sourdes à l'hypochondre droit ; amaigrissement. Dysentérie ancienne. Météorisme. Ictère. Pas de voussure du foie. Ponction exploratrice donne du pus. Incision et évacuation de 6 onces de liquide purulent. Guérison.

19. Easmon (*Lancet*, 1887., t. II, p. 310). Fille de 3 ans, a vécu en Afrique (Côte d'Or), y a souffert de dysentérie et fièvre bilieuse malarienne. Vomissements fréquents, voussure et tumeur tendue occupant l'hypochondre droit. Guérison après plusieurs aspirations.

20. Pereira (*Indian med. Gazette. Calcutta*, 1890).

4° *Par dysentérie nostras.*

21. Dulles (*Philadelphia, Med. Times*, 1878). G..., 12 ans. Diarrhée depuis 15 jours ; puis constipation ; ictère. Douleur à l'hypochondre droit ; puis tumeur fluctuante au dessous du rebord costal. Incision et guérison en 6 semaines.

22. Moore (*Trans. Path. Soc. London*, 1881). F..., 3 ans et demi, dysentérie pendant une semaine ; a toujours vécu à Londres : pendant les deux derniers mois selles limoneuses et sanguinolentes. Mort, pas d'autopsie.

23. Swift (*New-York, Med. Record*, 1882) montrait en 1882 à la Société pathologique de N. York le foie d'un enfant de 3 ans : tout le lobe droit était creusé d'un vaste abcès. Quelques semaines

avant la mort, entérocolite, puis hypertrophie du foie et pleurésie droite purulente.

24. Boutier. *Progrès médical*, 1883.

5° *Par fièvre typhoïde.*

25. Sidlo (*Militärarzt*, 1875, n. 23). Fille de 10 ans, malade de fièvre, céphalalgie, constipation, météorisme, gargouillement iléocœcal et hypertrophie de la rate, puis après quelques jours de rémission, frisson soudain, et douleur dans la région du foie, puis ictère : le bord inférieur dépassait la ligne horizontale de l'ombilic : bientôt coliques violentes, frissons et évacuation de matières pyosanguinolentes dans les selles qui sont très fréquentes. Dès lors amélioration rapide et guérison complète. Diagnostic : récidive de typhus abdominal, abcès du foie ouvert dans l'intestin.

26. Bokai (*Pester Med. Chirurg.*, 1881) F..., 6 ans, malade de fièvre depuis plusieurs semaines, sans hypertrophie du foie, ni ictère, mais fièvre intermittente, élevée le soir ; cachexie. A l'autopsie plusieurs abcès confluents ; dans l'intestin grêle ulcérations allongées, peu profondes. Diagnostic : iléotyphus compliqué d'abcès du foie. Le pus ne renfermait pas de microcoques.

6° *Par phlébite du cordon ombilical.*

27. Ritchie (*Edinburg med. Journal*, XIII. p. 181) Fille de 1 an 1/2. Phlébite ombilicale ; pendant 2 ou 3 jours vomissements et diarrhée. Selles limoneuses et jaunes : ictère. Eruption syphilitique papuleuse.

Mort le seizième jour. Abcès unique du lobe droit du foie à l'entrée de la veine ombilicale : péritonite généralisée.

28. Rusche (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1889).

7° *Par pérityphlite.*

29. Fergus (*Lancet*. 1884, t. I, p. 1182). G..., 15 ans, de famille tuberculeuse. Pérityphlite probable. Aspect maladif. Diarrhée ; fièvre, pas d'ictère. Sueurs fréquentes, frissons.

Météorisme. Hypertrophie du foie. Douleur de la région cœcale. Péritonite généralisée.

A l'autopsie abcès considérable ayant envahi les 2/3 du lobe droit. Etat du cœcum non mentionné.

8° *Par infection purulente:*

30. Romberg (*Caspars Wochenschrift*, 1837). F..., 5 ans, atteinte de fièvre et d'ictère avec douleur de l'hypochondre droit, soif, constipation. A l'autopsie, foie non augmenté de volume; mais le lobe droit contenait un grand nombre de foyers purulents. Durée 7 jours.

31. Axenfeld (*Société anatomique*, 1852, p. 105). F..., 12 ans, sans antécédents, atteinte de fièvre irrégulière, puis d'une tumeur volumineuse de la région hépatique. Mort au bout de 3 jours, de péritonite généralisée. A l'autopsie, foie hypertrophié, contenant un grand nombre d'abcès.

32. Löschner (*Jahrbuch f. Kinderh.*, 1859). F..., 10 ans. Pyléphlébite ; foie rempli de petits abcès.

33. Burder (*Lancet*, 1874, t. 2, p. 552). G..., 9 ans. Pyléphlébite. Quantité de petits abcès dans le parenchyme hépatique.

34. Wicklam Legg (*S. Barthol. Hosp. Reports*, 1875, XII, p. 85). F..., 5 ans. A eu des abcès au pli de l'aîne 18 mois auparavant.

Entrée à l'hôpital pour un abcès entre l'ombilic et l'épigastre qui fut ouvert et guérit. L'enfant revint très malade et mourut peu de jours après. Abcès multiples dans la cavité abdominale, notamment dans le lobe gauche.

35. Murchison (*Maladies du foie*, 1877, p. 177). G..., 15 ans, Pyohémie après appendicite. Abcès multiples.

36. Bach (*Therap. Gaz.*, 1887). G..., 9 ans, atteint de contusion de la hanche gauche, suivie d'abcès : le dixième jour, augmentation du foie, puis deux tumeurs de la grosseur d'un œuf d'oie. Guérison par incision. Trois jours après, abcès du lobe gauche traité de même.

37. Asch (*Berliner klin. Wochens.*, 1882, p. 772). G..., 12 ans. A la suite de fièvre typhoïde, hypertrophie du lobe droit: huit ou dix tumeurs saillantes, de nature pyléphlébitique, provenant des ganglions purulents de l'appendice iléo-cœcal.

38. Dunn (*Univ. Med. Mag.*, 1889). F..., 14 ans. Affection peut-être secondaire à une péritonite pelvienne. Frissons, fièvre élevée ; foie sensible et hypertrophié. Amaigrissement. Aspiration et lavages à l'eau phéniquée. Guérison en 40 jours.

39. Bernhardt. G..., 10 ans. Pérityphlite, abcès du foie secondaires multiples,

40. Bernhard. G..., 12 ans. Pyléphlébite après fièvre typhoïde. (Tous deux cités par Musser sans indication bibliographique).

9° *Abcès sans cause connue.*

41. Wendroth (*Medizin. Zeitung*, 1834, n° 34). F..., 3 ans. Souffrait depuis sa naissance d'une éruption cutanée : après sa disparition une tumeur apparut sans fluctuation dans l'hypochondre droit : puis frissons, sueurs. Incision. Guérison.

42. Descroizilles (*Soc. anatomique*, 1861). Enfant de 13 ans qui eut 2 ans auparavant de nombreux accès de fièvre. Entre avec température élevée, anorexie, diarrhée, céphalalgie, météorisme, sans taches rosées ni grosse rate ; puis vive douleur au côté droit et matité hépatique allant du mamelon à deux doigts au-dessous du rebord costal. Dyspnée, ictère, délire et mort. A l'autopsie rate et intestins normaux ; au foie cinq abcès, dont le plus gros, dans le lobe droit, atteint le volume d'une noix : pas de tuberculose pulmonaire. L'ensemble des symptômes fit croire à une dothiénentérie, puis à une tuberculose aiguë.

43. Mall (*Wiener medic. Presse*, 1873). Après fort frisson, douleurs à l'hypochondre et à l'épaule, nausées, vomissements bilieux. Puis tumeur douloureuse au niveau du foie, amaigrissement, fièvre intermittente. Une ouverture au bistouri évacua une grande quantité de pus et la cavité se ferma en 3 semaines.

44. West (*Lancet*, 1884, t. I, et *Medical Press. and Circular.*, 1884, XXXVII).

Garçon de 11 ans habitant Londres pris subitement de douleurs au foie, sans signes physiques : un large abcès fut ponctionné, puis ouvert. Quinze jours après ouverture d'une seconde poche, puis un mois plus tard un troisième abcès fut incisé. La convalescence a été encore retardée par un abcès de la paroi abdominale qui fut opéré et guérit.

45. Omont (*Normandie médicale*, 1889, p. 216).

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE

Le traitement médical doit être prophylactique, chez les malades exposés aux abcès du foie par leurs antécédents dysentériques ou paludiques, ou par une maladie actuelle, cause possible d'hépatite suppurée : L'antisepsie intestinale sera utile pour modifier si possible le contenu du tube digestif. Dans notre observation, la limonade lactique (10 p. 1000) a donné d'excellents résultats, au moins durant les premiers temps.

En cas d'impaludisme, le sulfate de quinine est tout indiqué, cela va sans dire..

L'incision large et précoce est le seul traitement convenable de l'abcès du foie, comme de toute collection purulente. Si l'ouverture en est grande, plus facile sera l'évacuation du pus et des débris de tissu hépatique, et plus aisés les lavages consécutifs et les soins antiseptiques.

Mais, pour arriver jusqu'à la poche, il faut traverser d'abord les téguments et surtout l'une ou l'autre séreuse : plèvre ou péritoine, suivant le siège. En vain, l'abcès s'est plus ou moins rapproché de la paroi thoracique ou abdominale, il n'aura que fort tard produit par l'inflammation de voisinage des adhérences entre sa paroi et l'une des deux séreuses. Si la soudure est assez intime et solide entre l'abcès et la séreuse, le pus pourra être évacué sans tomber dans le péritoine ou la plèvre ; sinon, des accidents graves, souvent mortels, peuvent survenir. Du moins ces adhérences, est-il possible de les prévoir ? Sans doute l'ancienneté des accidents purulents, l'acuité

de la douleur locale, le peu de profondeur où l'aiguille a trouvé le pus, sans doute aussi la palpation et surtout l'auscultation qui ont décelé le frottement périhépatique permettent souvent d'affirmer ou seulement de soupçonner leur existence. Mais il n'est pas moins vrai qu'il y a là un danger, et c'est pour l'éviter que plusieurs moyens furent jadis inventés.

Les uns retardaient l'ouverture de l'abcès, laissant à ces adhérences le temps de se former. *Les autres* donnaient bien une issue rapide au pus, mais à l'aide d'instruments ou d'appareils qui oblitérant la voie ouverte empêchaient le liquide infectant de se répandre alentour, et protégeaient ainsi mécaniquement la séreuse voisine contre une effraction dangereuse.

Parmi les premiers, on doit citer *l'ouverture en deux temps* qu'imagina Récamier et que Graves et Bégin exécutèrent : le premier en incisant tous les téguments jusqu'au feuillet pariétal, puis attendant la formation d'adhérences, le second en entamant le feuillet parietal même du péritoine, puis faisant un pansement occlusif, enlevé quelques jours après, lorsque les adhérences étaient supposées suffisantes (1).

Souvent renouvelée depuis Bégin, cette méthode, rendue antiseptique, peut être utile aujourd'hui, quand l'ouverture de l'abcès ne s'impose pas immédiatement. Aussi bien, Volkmann l'a appliquée au traitement des kystes hydatiques.

C'est dans le même but que l'on fit au point le plus douloureux, où devait porter l'incision, *une application de potasse ou de caustique de Vienne* (Récamier, Béhier et Hardy) ; on renouvelait cette manœuvre jusqu'à ce que les adhérences fussent probables entre la paroi et le foyer, mais on provoquait souvent la péritonite qu'on voulait éviter. Déjà plus hardi, Chassaignac appliquait bien un

1. Defontaine. *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 535.

caustique, mais à travers l'eschare faisait bientôt pénétrer son trocart courbe dans la poche et le ramenait de dedans en dehors, pour introduire sur ce conducteur une anse élastique fenêtrée. Vidal de Cassis sur le fond de l'eschare incisait au bistouri.

Les autres opérateurs, pour donner issue rapide au pus, usaient d'un *dispositif spécial :* ce fut d'abord un trocart à demeure, dont Cambay laissait en place la canule qui par sa large lumière pouvait évacuer le pus et les détritus hépatiques et recevoir les lavages répétés (1). Cette canule oblitérait la voie qu'elle avait créée et protégeait la séreuse voisine contre une invasion purulente ; mais elle imposait malheureusement au malade une immobilité absolue. Le même inconvénient existait avec le tube de caoutchouc substitué à la canule du trocart ; de plus, ce tube, une fois sorti de la poche, était difficile à réintroduire, et exposait à une fausse route, c'est-à-dire à la rupture d'adhérences encore peu résistantes. Mais la voie ainsi faite par un trocart même volumineux était étroite, aussi a-t-on imaginé d'enfoncer deux trocarts côte à côte à 3 centimètres l'un de l'autre, pour diviser les parties molles qui les séparent, dès que les adhérences ont pu se former (Defontaine).

Enfin récemment *Mac Leod* a préconisé un *procédé particulier*: il se sert d'un trocart et d'une canule, d'une sonde cannelée sur la moitié de sa longueur et s'adaptant à la canule, de tubes à drainage plus ou moins longs, nikelés et ovales (plus utiles que les tubes ronds pour introduire entre les côtes), dont chacun a deux ouvertures latérales à son extrémité intérieure et deux autres à l'extérieure pour y fixer l'épingle de sûreté ; enfin d'un autre tube, dit tube-guide, plus long que le plus long des drains et finissant en cône à son extrémité profonde où existe

1. Le procédé de Cambay que préconisait Sachs, du Caire, et défendu par M. Rendu, était encore celui qui donnait les moins mauvais résultats (Rochard. Académie de médecine, 1880).

une ouverture suffisante pour laisser passer la sonde cannelée. L'auteur enfonce d'abord trocart et canule, remplace le premier par une sonde cannelée, et retire sa canule. Puis sur la sonde il coupe tous les tissus, verticalement, par une incision longue d'un pouce qu'il agrandit avec une pince de Lister passée sur la rainure de la sonde. Par cette ponction, il glisse sur la sonde cannelée un tube à drainage avec son tube-guide, qui est ensuite retiré avec la sonde, et le drain demeure en place, fixé par une épingle de sûreté (1).

Mais tous ces procédés ont vécu, car ce sont des *procédés de lenteur*, et dans l'abcès du foie l'évacuation large, rapide et complète est la condition même du succès. Ils font perdre un temps précieux, et perdre du temps dans ce cas c'est perdre des chances de guérison.

Ils sont sans doute d'une exécution rapide et oblitèrent assez bien la cavité péritonéale, mais ne donnent pas au pus un large écoulement et exposent en dépit des irrigations les mieux faites aux dangers d'une évacuation insuffisante (Segond).

Certes la *ponction aspiratrice*, aidée de lavages antiseptiques, a obtenu quelques succès (Moutard-Martin) ; mais la pratique n'a pas réalisé les espérances nourries par quelques-uns. Des abcès ainsi guéris par ponctions ont été cités par Oberlin, Ball, Scull, etc.

Il fallait donc trouver une *méthode rapide et sûre d'évacuation par une incision complète immédiate*. Déjà, dans le cas d'abcès faisant saillie sous la peau de l'abdomen ou du thorax et venant s'offrir à la lame du bistouri, déjà cette incision vive et complète avait donné d'excellents résultats (2), *Dutrouleau* en pratiquait ainsi l'ouverture :

1. Mac Leod. *British Medical journal*, 1891, t. 2, p. 1345.

2. Dans ces cas d'abcès à fleur de peau, l'ouverture au bistouri s'impose et ce n'est vraiment pas une méthode chirurgicale que l'incision d'un abcès dont l'ouverture spontanée est presque imminente. C'est du reste ce que font les nègres du Soudan qui

après une ponction exploratrice on fait une incision verticale, longue de 4 à 5 centimètres de longueur, et intéressant la peau et le tissu cellulaire. On coupe les tissus couche par couche, en diminuant peu à peu l'étendue de l'incision à mesure qu'on enfonce le bistouri. Parvenu sur l'abcès, il faut s'assurer de l'immobilité de la tumeur qui indique la formation d'adhérences, et dans ce cas plonger perpendiculairement le bistouri et agrandir un peu l'ouverture en le retirant. Mais, si l'on a des doutes sur les adhérences, l'auteur veut qu'on s'en tienne là et qu'on attende; le pus, dit-il, se fera jour sans tarder (1). C'est précisément alors revenir à la méthode lente, en deux temps, déjà signalée, méthode inspirée par la crainte du manque d'adhérences.

Le mépris des adhérences, l'incision aveugle et rapide de tous les téguments jusques et y compris l'abcès lui-même, ce fut l'originalité de la méthode suivante et le le point de départ des progrès réalisés dans le traitement des abcès du foie. *C'est la méthode de Stromeyer-Little.*

Avant le médecin de Shangaï, déjà Ralfe (1874) et Dickson Hunter (1876) avaient opéré de cette façon, mais sans insister sur les avantages de leur procédé. Little, le premier, entrevit nettement les résultats possibles. Voici, du reste, la *description de cette méthode* faite par le premier opéré de Little, le Dr *Ayme* (2) : l'opération doit être faite de bonne heure ; aussi dès qu'on peut présumer l'existence d'un abcès il le faut chercher avec une aiguille exploratrice de fort calibre (3 mm. de diamètre). La région sur laquelle doit porter l'instrument est lavée avec une solution phéniquée à 5 pour 100. L'aiguille préalablement trempée dans l'huile antiseptique est alors

s'ouvrent eux-mêmes les abcès proéminents de l'hypochondre avec un instrument spécial à double tranchant (Mabboux. *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 357).

1. Dutrouleau. *Maladies des Européens*, p. 645.
2. Ayme. *Archives de médecine navale*, 1880, t. XXXIV, p. 525.

enfoncée jusqu'à la profondeur nécessaire. Il faut souvent pénétrer à 7 ou 8 centim. et il est souvent nécessaire de faire plusieurs ponctions avant de rencontrer le pus ou de constater son absence. Ces ponctions sont absolument inoffensives.

Lorsque la présence du pus s'est révélée, il faut, sans essayer de vider le foyer avec l'aspirateur, l'ouvrir largement à l'aide d'un long bistouri conduit sur un des côtés de l'aiguille. L'incision doit comprendre du même coup toute l'épaisseur des parois. Le pus jaillit alors, et pour faciliter son évacuation complète, on introduit dans la plaie une forte pince dont on écarte les mors. On exerce en même temps des pressions sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales.

On lave la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée à 1/100, et on continue le lavage jusqu'à ce que le liquide sorte limpide, sans renfermer ni pus, ni grumeaux, ni lambeaux sphacélés. On introduit alors jusqu'au fond de la cavité un tube à drainage du plus fort calibre, qu'on fixe et qu'on coupe au ras de la plaie. Le pansement de Lister est alors appliqué dans toute sa rigueur, et renouvelé chaque jour, deux fois si c'est nécessaire.

L'auteur guérit par cette méthode, et son observation jointe à deux autres fut l'objet d'une communication de M. Rochard à l'Académie de médecine (octobre 1880).

Mais cette méthode ne fut pas d'abord accueillie sans *objections;* Blot répondit à M. Rochard que « Little avait été plus heureux que sage, et que le succès de ses opérations aventureuses tenait vraisemblablement à ce qu'il avait rencontré sur le trajet de son bistouri ces adhérences protectrices dont il n'avait pas cru devoir se préoccuper ». Cette explication est vraie pour les abcès anciens, mais il en est où la preuve du manque d'adhérences fut donnée au cours de l'opération : témoin l'observation de Mabboux, où la cavité péritonéale largement

ouverte avant l'incision de l'abcès donna issue à une hernie épiploïque ; cet épiploon réduit, le pus fut évacué avec toute liberté de pénétrer dans le péritoine, et il n'y eut pas de péritonite.

Ainsi, ce qui distingue cette méthode est la hardiesse aveugle qui tranche sur la canule, et d'un coup de bistouri, tout ce qui se rencontre jusqu'au foyer purulent : il faut une incision longue de 5 à 6 centimètres pour permettre une facile issue aux débris hépatiques qui flottent dans le pus de l'abcès. Little recommande encore d'introduire dans la plaie une forte pince dont on puisse écarter les mors (la pince de Lister, par exemple) : il conseille aussi de fortes pressions méthodiques sur le foie à travers la paroi de l'abdomen. L'écartement forcé des lèvres de la plaie par une pince est critiqué par Mabboux qui repousse également les pressions abdominales un peu brutales, à son avis, et qui sont un traumatisme nuisible, car une plaie de 6 à 8 centimètres suffit à l'évacuation du pus et des détritus qu'il renferme.

L'introduction d'un gros drain et les lavages antiseptiques par ce drain sont indispensables : il faut seulement que le tube ne soit pas trop volumineux pour obturer complètement la plaie et s'opposer à l'établissement d'un double courant. Aussi vaut-il mieux introduire dans la poche un double drain, en canon de fusil, qui facilitera mieux le double courant nécessaire à une bonne vidange. On pourra encore dans une certaine mesure, substituer aux lavages une injection dans la poche de naphtol camphré qui, tombant lourdement au fond de la cavité fait remonter à la surface et en chasse au dehors tout le contenu : heureuse pratique que M. Périer met en usage dans l'évacuation de toute cavité purulente.

La crainte d'une rupture des parois du foyer a longtemps fait contester l'utilité de ces irrigations, qui peuvent aussi causer une vive douleur ou des accidents syncopaux, comme ceux qu'on a signalés au cours de lavages

de la plèvre. Mais ils ne s'observent que si l'on pousse avec force une injection de liquide caustique ou toxique. Ces injections antiseptiques et modificatrices, il faut les continuer tant qu'il reste dans la poche ou du pus ou des débris hépatiques. Little recommandait la solution phéniquée au centième, qui fait partie du pansement de Lister ; aujourd'hui on emploie indifféremment tous les antiseptiques.

Telle est la description sommaire de la méthode de Little. Étudions maintenant ses *avantages*, ses *résultats statistiques*, et ses *inconvénients.*

Les avantages ont aussitôt frappé les observateurs les plus hostiles : par cette évacuation rapide et large, les symptômes locaux et généraux disparaissent et la marche régulière de la plaie se fait sans réaction inflammatoire du côté de la séreuse : la cicatrisation est meilleure et moins lente que par les anciennes méthodes (Mabboux).

Ce mode opératoire, a-t-on dit, met à l'abri des récidives ; certes l'incision faite largement et proprement pansée permet l'oblitération la plus rapide du foyer ; mais si les accidents reparaissent, comment savoir si l'on a affaire au même foyer qui s'est de nouveau rempli, ou bien si un nouvel abcès ne s'est pas formé au voisinage du premier déjà évacué ?

La supériorité de la méthode et ses nombreux succès sont-ils le simple effet d'un heureux hasard et d'adhérences méconnues, comme le voulait Blot, ou bien y a-t-il quelque autre cause vraiment réelle de cette supériorité? Or, les adhérences manquent souvent, quand l'abcès est profond ou s'est développé rapidement : on constate alors l'absence de douleur ou sa faible acuité, et la grande profondeur où l'aiguille rencontre le pus. Que si, au contraire, l'affection est ancienne, qu'un traitement médical ait déjà été institué (révulsifs de tout genre, pointes de feu, sangsues, vésicatoires, cautères), que la douleur locale

soit vive et superficielle, et surtout que l'aiguille exploratrice ait trouvé l'abcès à une petite profondeur, les adhérences sont très probables, presque certaines.

Mais tous les cas opérés par Little et ses imitateurs n'étaient pas aussi favorables à la production d'adhérences ; il faut donc chercher ailleurs l'explication des succès de sa méthode, soit dans la tendance du pus à sortir au dehors plutôt qu'à pénétrer dans la cavité péritonéale, soit surtout dans l'usage de précautions antiseptiques.

Mabboux s'est demandé si la pénétration du pus dans l'abdomen est aussi fatale qu'on l'a cru : « Les feuillets du péritoine, dit-il, ne s'écartent pas au-devant du pus pour l'absorber ; et plus la voie ouverte sera large, moins le pus décollera les feuillets de la séreuse : il prendra plutôt au sortir du foie le chemin le plus libre. » Il pense qu'on a trop cédé à la peur de cette invasion péritonéale et qu'en ouvrant une issue facile, on se met à l'abri de ce danger.

Quant à la méthode antiseptique, dont Little reconnaissait la valeur, l'auteur croit qu'elle n'influe guère sur les suites opératoires immédiates et qu'elle n'empêcherait pas l'infection péritonéale si le pus tombait dans le ventre. Son rôle se borne à désinfecter l'abcès, à hâter sa cicatrisation et à éviter les longues suppurations et leurs dangers.

Mais si l'on demande aux *statistiques* la preuve de l'efficacité de cette méthode, Little répondra qu'il comptait auparavant vingt insuccès dans vingt cas et qu'il eut ensuite 21 guérisons sur 24 opérés.

Gauran (1) a rapporté 25 opérations dont 22 guéries et Boinet (2) 40 guérisons sur 53 abcès ouverts; enfin Bichon (3) dit que sur 82 opérés de Little il y eut 63 succès et 19 décès, soit une mortalité de 23 pour 100, tandis que les anciens procédés donnaient une mortalité de 48

1. Gauran. Thèse de Bordeaux, 1886.
2. Boinet. Th. Montpellier.
3. Bichon. Th. de Montpellier, 1890.

pour 100. La statistique fournie par Legrand (1) est moins favorable puisque sur 32 opérés il n'eut que 14 succès, soit 56 pour 100 de mortalité. Caravias, dans sa thèse, a relevé 2 morts sur 40 observations (2) et Bertrand 8 décès sur 14 cas (3).

Les résultats de Legrand et Bertrand montrent que cette méthode a ses revers, et si même l'issue est favorable, le malade ne court pas moins quelques dangers. Cette manière de trancher toutes les parties molles jusqu'à la collection purulente sur un trocart conducteur est passible de *graves objections*, à un double point de vue.

D'abord le *chirurgien agissant en aveugle, ne sait pas ce qu'il fait, où il est, ni ce qu'il coupe :* sans doute les cas sont exceptionnels où un bistouri a pu intéresser un organe, situé entre les téguments et l'abcès; mais certains faits démontrent que la vésicule biliaire, l'épiploon, l'estomac, l'intestin grêle auraient pu être lésés. Ce sont les cas de Mabboux où un paquet d'épiploon vint, sous l'effort des vomissements, faire hernie dans la plaie et baigner dans le pus; de Morand (4), de Pringle (5), où l'abcès était situé de telle façon que le bistouri aurait perforé l'estomac avant d'ouvrir le foyer.

Voilà le premier danger.

En voici un second, plus sérieux et plus commun : *c'est le défaut d'adhérences.* On ne se préoccupe pas plus de la pénétration du sang que de celle du pus ; aucune précaution n'est prise pour l'empêcher; il semble que l'opérateur la regarde comme improbable et qu'il compte sur les autres précautions dont il s'entoure pour la rendre inoffensive (Mabboux). D'après cet auteur, une large ouver-

1. Legrand. *Archives de méd. navale*, 1891, t. 56: p. 363.
2. Caravias. Th. Paris, 1885.
3. Bertrand. *Revue de chirurgiè*, 1890, p. 632.
4. Morand, cité par Ramonet. *Archives de méd. et pharm. milit.*, 1887, p. 321.
5. Pringle. *Observations sur les maladies des armées.*

ture donnerait au pus un écoulement facile, si facile même que toute pénétration dans le péritoine serait évitée, mais c'est une proposition fort contestable, et ce pus s'écoulant par la plaie en baigne les bords et par conséquent le péritoine dont il touche et menace les deux feuillets. L'antisepsie elle-même ne peut rien pour modifier la nature de ce pus, puisqu'il faut d'abord évacuer le contenu de l'abcès avant d'en laver et désinfecter la poche. Sans doute, depuis la communication de M. Peyrot à la Société de chirurgie (janvier 1891), on tend à expliquer l'innocuité de la méthode de Little par la fréquente stérilité du pus hépatique (1) ; mais cette confirmation mérite d'autres recherches, car en certains cas le pus très virulent renferme des microbes pyogènes. Faudra-t-il désormais, pour guider son mode d'intervention, faire préalablement une étude bactériologique du pus retiré par ponction et agir suivant le résultat positif ou négatif de cet examen ? C'est bien compliquer les choses, d'autant mieux qu'il faut agir rapidement (Segond). Certes l'irruption du pus dans le péritoine fut souvent inoffensive ; il n'en faut point conclure qu'il n'y ait là un péril contre lequel certaines précautions seraient utiles.

En relevant les faits publiés, Defontaine a trouvé seulement 5 cas où l'incision a porté simultanément sur toutes les couches recouvrant l'abcès et sans qu'il y eût adhérence du péritoine ; or, ces cinq cas ont donné trois morts, dont deux par péritonite : n'y eût-il qu'une seule mort, un autre procédé serait justifié, qui mettrait à l'abri de tels accidents. Il y a plus : on est parfois exposé davantage à voir le pus pénétrer dans l'abdomen : quand le malade tousse ou vomit, la contraction de ses muscles abdominaux change les rapports des viscères, peut détruire le parallélisme des lèvres de la plaie et faire

1. N'est-ce pas là ce qui se passe après une laparotomie, quand une poche purulente pelvienne se crève dans l'abdomen, quelquefois sans accidents péritonéaux.

bailler le péritoine entr'ouvert, tout prêt à recevoir le pus. De même les manœuvres de pression abdominale conseillées par Little sont imprudentes et dangereuses et capables de troubler l'évacuation normale de la collection (Ramonet).

Tous ces inconvénients ont fait insensiblement modifier la méthode : Souvent incisant couche par couche, on ouvre largement le feuillet pariétal avant de fendre l'abcès (Kirmisson, Ramonet) ; on fait une laparotomie méthodique, les muscles se rétractent et laissent à nu une zône de péritoine pariétal, qui une fois incisée tombera flottante et naturellement accolée au péritoine viscéral. Malgré les mouvements respiratoires, la cavité purulente est ainsi protégée (Defontaine). C'est ainsi que Ramonet propose d'abord une ponction non plus exploratrice, mais évacuatrice, permettant de vider le plus possible la collection afin de diminuer les chances d'infection, puis l'incision couche par couche et non plus d'un seul coup, et l'abstention absolue de manœuvres brutales de pression abdominale ; il repousse enfin le chloroforme qui peut faire tousser ou vomir le malade et produire ainsi des troubles fâcheux dans les rapports des viscères abdominaux (1).

Kelsch et Kiener ont encore modifié la méthode au point de la dénaturer : dans une première séance on divise les téguments jusqu'au voisinage du péritoine, puis un à deux jours après on complète l'opération après un temps nécessaire à la formation d'adhérences au niveau de l'incision : mais ce n'est plus la méthode de Little ; elle est si changée qu'elle devient méconnaissable (2).

1. Il serait très simple de faire une anesthésie locale : pour circonscrire la ligne d'incision, une injection *d'un centigramme de cocaïne en enfonçant l'aiguille à mesure qu'on pousse le piston*, serait inoffensive sur un *malade couché*.

2. Rozemont-Malbot. *Arch. de méd. et phar. milit.*, 1889, p. 290.

Telles sont les modifications imposées suivant les auteurs : d'après les régions et le siège de l'abcès, y a-t-il lieu de modifier aussi la méthode ?

Il est évident que l'abcès du foie, siégeant à la face convexe et abordable par la paroi thoracique, diffère à ce point de vue de l'abcès de la face concave, bombant dans le ventre et accessible par la voie abdominale. Dans le premier cas le danger de trouver sous le bistouri des viscères importants n'existe plus, car le foie, augmenté de volume, a refoulé le poumon dans le thorax. Le cul-de-sac de la plèvre est également remonté et partant peu accessible, surtout si l'incision porte sur le neuvième ou dixième espace intercostal, vers la ligne axillaire. Enfin les adhérences seront plus fréquentes et surtout faciles à prévoir : je sais bien qu'il y a danger de blesser et d'infecter successivement deux séreuses et le diaphragme ; mais encore une fois le péritoine sushépatique est toujours adhérent à la convexité du foie, le diaphragme lui est intimement soudé ; et la plèvre, si elle n'est pas refoulée en haut, a ses feuillets soudés aux côtes et au diaphragme.

La palpation et surtout l'auscultation attentive affirmeront l'existence de ces adhérences que faisait déjà prévoir le peu de profondeur de l'abcès, indiquée par l'aiguille exploratrice.

Je ne sache pas qu'on ait observé dans l'incision thoracique les dangers signalés avec l'incision abdominale, pourtant quelques chirurgiens plus prudents ont délaissé la méthode de Little pour inciser couche par couche, lentement jusqu'à la plèvre, bourrer la plaie de gaze antiseptique, puis attendre trois ou quatre jours, et plus. s'il le faut, avant d'inciser ensemble plèvre, diaphragme, péritoine et foie (Cas de M. Périer). C'est du reste l'ancien procédé de Récamier, que Volkmann a emprunté pour ouvrir les kystes hydatiques.

Aussi bien nous allons voir *comment la méthode thoracique du procédé de Little a été récemment modifiée* par la

crainte de dangers analogues à ceux de la méthode abdominale. « Les faits qui précèdent, les rapports anatomiques et le raisonnement ont imposé une méthode nouvelle, qui n'expose pas à blesser d'emblée, par le bistouri, estomac, intestin, épiploon ou vésicule biliaire, qui n'oblige pas à de pénibles manœuvres pour lier un vaisseau de la paroi au milieu du pus et auprès du péritoine ouvert, qui protège la cavité abdominale contre une invasion purulente et évite enfin la sortie brusque de l'intestin ou de l'épiploon sous les efforts de toux et de vomissements » (1). C'est *une laparotomie lente*, ne laissant rien au hasard, qui n'ouvre et n'évacue l'abcès qu'à coup sûr et sans surprise, et ne risque pas de léser, chemin faisant, quelque organe essentiel.

A ce point de vue opératoire, on étudiera d'abord les *abcès du foie* qu'on pourrait appeler *abdominaux* (accessibles par l'abdomen), puis les *abcès thoraciques*.

1° *Abcès du foie abdominaux. Incision méthodique couche par couche, et ouverture de l'abcès après suture du foie à la paroi abdominale.*

L'opération ainsi conduite permet, en conservant pour guide le trocart explorateur, de donner à l'ouverture l'étendue et la direction désirables, de faire l'hémostase à mesure que s'enfonce le bistouri, d'inciser le péritoine délibérément et sans crainte, bref de savoir jusqu'au but où l'on est, où l'on va et comment on opère. Elle permet aussi d'écarter de la route à suivre tout organe qui s'y trouve naturellement, ou s'y précipite accidentellement par un effort de toux ou de vomissement chloroformiques. En résumé, si elle est assez compliquée, elle offre en revanche le maximum de sécurité.

Toutes précautions soigneusement prises comme dans

1. Defontaine. *Loc. cit.*

une laparotomie, l'incision des téguments sera faite selon les règles jusqu'au péritoine.

Mais au moment de l'ouverture de la séreuse, la ponction exploratrice est-elle toujours nécessaire, et le trocart-conducteur toujours indispensable? Non pas : il est des cas, rares à la vérité, où la tumeur bombante à la peau est fluctuante et quasi-superficielle : mais, si la poche est pour ainsi dire sous la capsule de Glisson, il sera tout à l'heure bien malaisé de passer les fils de suture dans cette mince portion de foie sain, sans que l'aiguille pénètre dans l'abcès et ne s'infecte. Aussi bien ces abcès superficiels sont ceux qui demandent en général le moins de précautions opératoires et la simple méthode de Little peut leur suffire.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent, avant de pénétrer au delà de la paroi abdominale et de fendre le péritoine, il sera bon d'évacuer le pus de l'abcès : ainsi son contenu ne jaillira pas sous le bistouri pour souiller la plaie; les manœuvres de pression toujours dangereuses seront évitées, et la paroi de l'abcès affaissée par cette vidange du liquide sera plus mobile et facile à suturer aux lèvres de l'incision abdominale. N'est-ce pas, du reste, la pratique habituelle en cas de collection suppurée de viscère abdominal impossible à extirper (salpingite, par exemple).

Horner fit le premier cette *suture du foie à la paroi;* puis Mac Lane Tiffany eut l'idée de détacher les bords du péritoine pariétal pour les suturer au foie et mettre ainsi la partie incisée de la glande en dehors de la cavité péritonéale.

Traitée par Béhier et Hardy d'inqualifiable procédé, de manœuvre dangereuse par Chauvel, et par Mabboux de précaution illusoire, cette manière d'opérer fut employée par M. Bouilly, qui avait laissé en place sans succès un gros trocart pendant six semaines (Thèse de Caravias). Ramonet ne cite que pour mémoire cette suture « que

la friabilité du foie condamnait à un échec certain. »
Elle est pourtant devenue la pratique ordinaire des chirurgiens dans le traitement des kystes hydatiques.

Pour rejeter cette manœuvre, Mabboux invoque l'innocuité des suites opératoires quand on n'a rien fait pour empêcher la pénétration du pus dans le péritoine; il cite les exemples de guérison après ouverture d'organes abdominaux par projectiles ou instruments tranchants (ce sont d'heureuses exceptions sur lesquelles il est toujours imprudent de compter); et trouve insuffisante enfin la barrière opposée au pus par ces adhérences encore récentes, faites dans un tissu friable, et qui résistent faiblement aux tiraillements causés par le retrait du foie, par les efforts de toux et de vomissements pendant l'opération (1).

Chauvel reproche à cette suture de gêner la rétraction de l'organe; mais c'est plutôt un bienfait, car si le foie revient sur lui-même une fois la poche évacuée, « la plaie des téguments et celle du foie ne se correspondent plus exactement, et les drains au lieu d'être placés horizontalement sont presque verticaux : circonstance qui n'est pas sans préoccuper » (Bouilly). C'est en effet surtout pour maintenir un exact parallélisme entre la plaie hépatique et la plaie abdominale que cette suture a été recommandée par Trélat, Périer, Bouilly, Peyrot (2).

De plus Mac Leod (3) fait remarquer que ce mode opératoire permet de découvrir quelquefois plusieurs abcès

1. Presque toujours la toux et les vomissements au cours de l'opération peuvent être évités avec un chloroforme pur et bien administré.

2. Cependant, malgré la suture du foie à la paroi, nous avons vu plusieurs fois, dans le service de M. Périer, une poche hydatique évacuée et rétractée, entraîner peu à peu avec elle la plaie cutanée qui, d'abord sous le rebord costal, remontait de un à deux centimètres jusque sur la face antérieure de ce rebord.

3. Mac Leod. *British Medical Journal*, 1891, t. 2, p. 1345.

à la surface du foie : ainsi un second abcès put être vu et incisé par Thornton (cité par Greig Smith) (1).

Cette *suture du foie à la paroi*, cette hépatopexie est donc possible ; elle fut pourtant l'objet de *nombreuses critiques*. On admettait bien son utilité pour les kystes suppurés du foie et les collections purulentes des viscères abdominaux, où il faut tout mettre en œuvre pour rendre la poche extra-péritonéale. Mais on opposait la paroi du kyste hydatique et son enveloppe élastique à l'abcès du foie et son défaut de membrane limitante. Mac Leod dit n'avoir jamais vu dans un abcès du foie quelque chose qui pût être appelé une paroi kystique et fixé aux lèvres de la plaie abdominale, à moins qu'on nomme ainsi la capsule de Glisson enflammée ; mais en pareil cas la suture est inutile puisqu'il y a déjà des adhérences : le même auteur reproche à Greig Smith de songer plus aux kystes qu'aux abcès, en décrivant l'hépatotomie pour abcès du foie, et « s'il avait eu, dit-il, l'expérience des abcès aigus du foie, il aurait distingué entre leurs parois et celles des kystes suppurés. » Sans doute, s'il était possible d'attirer au dehors les parois d'un abcès comme celles d'un kyste, le péritoine serait facilement protégé ; mais il n'en est pas ainsi, et pour laver la poche il faudrait que les deux feuillets fussent accolés et maintenus en contact par un écarteur : une suture bien faite n'est-elle pas plus exacte et plus sûre (Defontaine). On a cru qu'il était impossible de compter sur la solidité de cette fixation, puisque les fils couperaient nécessairement le tissu friable du foie, l'exposant ainsi par d'inutiles déchirures à se contaminer et à infecter le péritoine.

D'autres pensaient que cette *suture en collerette* destinée à isoler la plaie et à fermer la cavité péritonéale *devait être inefficace* et impuissante, puisque les adhérences ont à peine le temps de se faire : des efforts peuvent

1. Greig Smith. *Chirurgie abdominale*, 1889, p. 581.

faire céder quelques points au cours de l'évacuation ; bref ce procédé ne donnerait qu'une trompeuse sécurité (Legrand (1).

Mais, entre les kystes suppurés et les abcès du foie, il n'y a pas une telle différence qu'on ne doive appliquer aux uns une manœuvre qui donne pour les autres de si beaux résultats.

Puisque l'utilité, la nécessité même de *cette suture* sont admises, *comment la faut-il faire ?* Déjà on a vu qu'il faut d'abord évacuer une partie du pus, surtout si l'abcès est superficiel et recouvert d'une mince couche de foie sain, pour éviter l'infection des fils de suture à leur passage dans la paroi de la poche. C'est du reste le procédé qu'emploie M. Périer dans les kystes suppurés.

La canule sera laissée à demeure jusqu'à évacuation presque totale du contenu, et même jusqu'au placement complet des points de suture. Pourtant Defontaine recommande de retirer d'abord le trocart avant le passage des fils et de saisir doucement l'orifice de ponction avec une pince (à kyste ovarique par exemple) pour l'attirer un peu au dehors, si possible, et faciliter les manœuvres ultérieures : il faut prendre bien garde en ce cas de ne pas déchirer le tissu hépatique. Parfois on a incisé l'abcès avant de placer les sutures, comme on le fait souvent dans le kyste hydatique où la poche peut être plissée et attirée au dehors plus aisément en maintenant ses lèvres avec des pinces. Si donc la poche a été ouverte préalablement, l'index gauche doit pénétrer dans sa cavité pour guider l'aiguille, et le chirurgien se prive ainsi d'une main qui devenue septique ne permet plus de serrer les fils sans le secours d'un aide.

On se servira d'une aiguille de Reverdin très courbe et très fine, et mieux de petites aiguilles toutes montées ; les fils d'argent difficiles à passer et à tordre seront reje-

1. Legrand. *Loc. cit.*

tés comme les crins de Florence : ils risquent de couper et déchirer le tissu hépatique. Le catgut vaut mieux s'il est bien préparé et aseptique, mais parfois il se résorbe trop vite. On emploiera de préférence la soie bouillie dans le sublimé, de moyenne grosseur (n°s 2 ou 3), et « surtout la soie plate afin de réduire au minimum les chances de déchirure » (Segond).

Passer les fils en comprenant le plus de tissu possible en surface, le moins en profondeur, car si l'aiguille pénètre trop dans le foie elle peut rencontrer la paroi de l'abcès et y infecter le fil qu'elle conduit. S'il y a peu de foie compris dans l'anse du fil, ce dernier risque moins de se desserrer (il est vrai que la soie plate évite cet inconvénient), et l'hémorrhagie sera pour ainsi dire nulle. L'idéal serait donc de ne saisir que la capsule de Glisson et le feuillet viscéral qui lui adhère pour l'accoler et le suturer au feuillet pariétal du péritoine. Dans ce but il convient de ne faire pénétrer les aiguilles qu'à un ou deux millimètres dans le foie et très obliquement pour ressortir quatre millimètres environ de l'orifice d'entrée. La collerette flottante que la paroi abdominale, incisée et légèrement rétractée après l'incision, laisse voir au fond de la plaie, retombe librement sur le foie auquel elle s'accole naturellement ; il suffit de pincer légèrement la capsule de Glisson et son feuillet péritonéal de revêtement pour y suturer minutieusement cette collerette (Defontaine).

Dans ce but, ce chirurgien fait deux rangs de sutures : le premier fixe au foie la base de la collerette du péritoine pariétal par des fils passés de centimètre en centimètre, et parallèlement aux lèvres de la plaie : pour cela l'aiguille pique de dehors en dedans le feuillet pariétal de la séreuse, le traverse et pénètre dans le foie le moins possible à un ou deux millimètres de profondeur, puis en ressort à 4 millimètres plus loin, pour retraverser de dedans en dehors le péritoine pariétal. Chaque fil est

noué aussitôt que passé ; il est très peu serré, assez pour que l'affrontement soit suffisant, pas trop pour que le tissu hépatique ne soit pas coupé.

On fait ainsi tout le tour de la plaie.

Puis un second rang de sutures, dirigées cette fois vers le centre de la plaie, suivant des lignes radiées, est appliqué dans les intervalles des points de la rangée précédente : l'aiguille ne traverse qu'une fois le péritoine pariétal près de son incision, c'est-à-dire près du bord libre de la collerette, pique encore légèrement le tissu du foie et en ressort à 3 ou 4 millimètres de son point d'entrée.

Tous ces fils placés et noués, on voit que ceux d'une rangée correspondent à l'intervalle des points de l'autre. Ainsi le foie est parfaitement fixé, et cette immobilisation préalable est d'autant plus utile qu'après l'incision et la vidange de l'abcès on est exposé à voir les lèvres de la section hépatique remonter et s'éloigner de la plaie extérieure.

Dans un cas, M. Peyrot n'a pu que difficilement découvrir et accrocher l'incision hépatique qui était allée se loger dans le flanc droit à 5 ou 6 centimètres de la plaie pariétale.

Il y a plus : les surfaces séreuses étant ainsi accollées, la cavité péritonéale est exactement fermée et toute issue de pus dans le ventre impossible.

Peut-être pourrait-on *modifier un peu ce manuel opératoire en le simplifiant* : on se contenterait de faire d'abord la rangée de sutures que M. Defontaine applique la seconde : ce sont ces fils qui partis du bord libre de la collerette péritonéale, pariétale, pénètrent dans le foie pour en ressortir aussitôt et être noués. Puis entre ces premiers points de suture superficiels on en appliquerait d'autres, plus profonds, non pas parce qu'ils prendraient plus de tissu hépatique, mais parce qu'ils comprendraient toute la paroi abdominale et embrasseraient une masse plus considérable de téguments.

Ce serait l'analogue des deux plans de sutures (superficiel et profond) usités souvent en laparotomie : c'est le procédé que M. Périer emploie pour isoler un kyste hydatique qu'il veut ouvrir. On pourra nouer les fils de ces dernières sutures au point périphérique de la suture, c'est-à-dire sur la peau même de la paroi abdominale. Tous ces fils peuvent être abandonnés à eux-mêmes ; les derniers seuls peuvent être enlevés au bout de quelques jours.

Si la paroi de l'abcès était aussi mobile et souple que celle d'un kyste, il *suffirait de la fixer par deux points de suture :* l'un, à l'angle supérieur de la plaie, s'applique en traversant d'abord la lèvre gauche de l'incision, puis la paroi de la poche, puis la lèvre droite ; on retire ensuite l'aiguille armée du fil, et l'on noue solidement. Un point semblable est appliqué à l'angle inférieur. Mais entre ces deux extrémités les deux feuillets péritonéaux seraient adossés sans doute, mais non assez intimement et solidement pour empêcher entre eux la pénétration du pus : cette manœuvre trop simple serait donc imprudente.

Mais revenons à l'opération. — Le foie ainsi fixé et fermée la cavité péritonéale, on dispose autour du point à inciser une zone protectrice de petites éponges ou mieux des compresses de tarlatane bouillies dans le sublimé, et l'on introduit s'il n'y a plus de trocart conducteur une sonde cannelée dans l'orifice de ponction, ou bien le trocart encore en place sert de guide pour inciser largement et franchement tout le tissu hépatique jusqu'à l'abcès (1). Quelques chirurgiens (Zancarol, Ransohof) craignant une hémorrhagie ont ouvert au thermocautère (rouge sombre) : la plupart se servent du bistouri ; les ciseaux sont excellents contre un danger d'hémorrhagie. Il faut prendre garde que les extrémités supérieure et infé-

1. Pour ses laparotomies, M. Bouilly ne se sert que de ces compresses : elles sont préférables aux éponges, souvent difficiles à préparer, quelquefois impures et toujours coûteuses.

rieure de l'incision hépatique ne se rapprochent trop des sutures.

Ensuite on lavera largement, mais doucement la cavité avec un liquide antiseptique tiède, pour évacuer le reste du pus et surtout les lambeaux de tissu hépatique sphacélé. Si, pendant ces manœuvres, quelques fils de la collerette de sutures avaient coupé et lâché, soit que la paroi de l'abcès trop rigide fût impossible à soulever et attirer au dehors, soit que les fils fussent trop superficiels, il serait prudent de les remplacer, ou bien de maintenir avec des écarteurs et d'accoler les lèvres de l'abcès à celles de l'incision cutanée.

Pour les irrigations on use des substances les plus diverses : bi-chlorure et bi-iodure de mercure, eau phéniquée à 1/100 et à 1/50, chlorure de zinc et même eau boriquée et eau bouillie. M. Périer emploie volontiers la solution de chloral à 1/100, puis le naphtol camphré.

Puisque le pus des abcès du foie est souvent peu ou point septique, il vaut peut-être mieux user de substances moins actives et partant moins toxiques, car il faut compter avec la déchéance générale d'un malade épuisé par une longue fièvre et une vieille dysentérie.

Parce que le tissu hépatique est nécrosé et infecté autour de la poche, *Fontan* a récemment proposé d'en *faire le curettage :* cette pratique, courante à Alexandrie, expose à l'hémorrhagie et à l'ouverture de canalicules biliaires.

Avant de terminer et d'introduire les drains, il sera bon de mesurer la profondeur et la capacité de la poche pour éclairer le pronostic et se rendre compte de l'étendue et de la gravité des lésions ; l'index y pourra faire, comme disait J.-L. Petit, à propos de la cholécystotomie « une perquisition exacte dans la poche » ; cette délicate exploration permettra de rechercher des calculs, lombrics et toutes causes possibles d'abcès hépatiques, voire un

abcès voisin qu'on ouvrirait avec le trocart ou la pince de Lister.

Puis deux gros drains, qu'on peut rouler préalablement dans le salol, ou mieux deux tubes dont on disposera soi-même les trous (1) sont introduits côte à côte le plus exactement possible dans l'ouverture de l'abcès : on en essaiera le bon fonctionnement, puis ils seront fixés par deux fils lâchement serrés à la plaie cutanée. Les épingles de sûreté, qu'on emploie d'ordinaire pour retenir les tubes, les empêchent bien de se perdre dans la poche, mais les laissent s'expulser sous les efforts de toux ou de vomissements.

Quant au mode de pansement, chacun a ses préférences ; la plupart des chirurgiens emploient l'iodoforme, et M. Périer le salol sous forme de poudre, de gaze et d'ouate salolées.

Le tout est maintenu par un bandage de flanelle qui permet une compression méthodique et donne au malade une immobilisation absolue, comme après une laparotomie.

Si la fièvre persiste encore le lendemain ou que les pièces de pansement soient traversées par le pus, on renouvellera les lavages et l'on fera ainsi chaque fois que l'une ou l'autre éventualité se présentera. Les injections, surtout poussées fortement, seront évitées le plus possible, elles distendent la cavité purulente et s'opposent par leur fréquence à la rétraction rapide des parois : on les supprimera complètement dès que le lavage ne ramène plus de débris hépatiques.

Les drains seront peu à peu diminués de longueur, de nombre, et de volume suivant la marche favorable de la

1. Cette pratique que recommande M. Périer est préférable, car elle ne fait de trous que sur la partie du tube incluse dans l'abcès; la portion extérieure à l'abcès n'ayant pas d'orifices latéraux a moins de chances d'infecter secondairement les lèvres de la plaie abdominale.

cicatrisation, mais il ne faudra supprimer le drainage que si l'écoulement a presque disparu et que la guérison complète approche. Quand cet écoulement est assez peu abondant pour ne pas exiger un pansement fréquent, celui-ci sera fixé au collodion : c'est le meilleur moyen d'obtenir une occlusion absolue, en même temps qu'une légère compression locale, non pénible pour le malade ; le collodion est toujours facilement toléré lorsqu'il est bien fait et surtout quand il n'est point acide.

La *guérison définitive* se fait généralement en trois ou quatre semaines.

2° *Abcès du foie thoraciques. Incision méthodique couche par couche, et ouverture de l'abcès après suture du foie à la paroi thoracique.*

Il est toute une classe d'abcès du foie que leur siège ne laisse aborder que par une *incision thoracique*. On a vu plus haut comment Little opérait dans ces cas, à quels périls exposait sa méthode et comment, pour les éviter, on faisait encore l'ouverture en deux temps : inciser couche par couche jusqu'à la plèvre, bourrer la plaie de gaze antiseptique, attendre deux ou trois jours et plus, s'il le faut, avant de fendre ensemble plèvre, diaphragme, péritoine sus-hépatique et collection purulente. Certes, quand il est bien prouvé qu'un abcès volumineux siège au lobe droit, qu'il est superficiel (on s'en assure par le peu de profondeur où se trouve le pus), que sa formation fut lente et que les premiers symptômes sont lointains, quand on est en présence de toutes ces conditions (comme dans notre observation) on peut sans crainte espérer que des adhérences existent entre les deux feuillets pleuraux, entre le diaphragme, le péritoine sous-jacent et le foie, et inciser largement et d'emblée toutes ces couches sans introduire de l'air ou du pus dans le péritoine ou la plèvre.

Mais ce péritoine manque souvent dans cette région du foie, circonscrite par les ligaments coronaires et latéraux ; de plus la plèvre est souvent refoulée, et ses feuillets, déjà normalement accollés l'un à l'autre au niveau du cul-de-sac, le sont encore plus sûrement s'il existe au voisinage une collection purulente. Enfin le diaphragme sous-jacent monte, adossé à la paroi du thorax et d'autant mieux appliqué contre elle qu'il est repoussé en haut par la tumeur.

Cependant ce défaut d'adhérences n'a même pas les inconvénients que l'on pourrait redouter, et malgré leur absence M. Segond n'a pas vu de pneumothorax dans trois opérations de kyste hydatique. Il est vrai que leur existence n'est pas toujours une sauvegarde, témoin le cas de Maunoury où elles ont cédé et le malade mourut de pyo-pneumothorax (1).

En tout cas, que l'on emploie la méthode de Little ou la suivante il faut souvent *réséquer une ou deux côtes*, pour se donner du jour (2). Si l'espace intercostal où porte l'incision est large et laisse le doigt y entrer à l'aise, la résection n'est pas nécessaire : une grande incision suffira, capable de recevoir deux gros drains côte à côte. La résection est une opération aisée et simple avec le costotome de Colin : un fragment de 5 à 6 centimètres sera enlevé, en évitant de blesser l'artère intercostale, du reste facile à pincer et à tordre ou à lier. Zancarol dit même qu'il suffit de détacher le fragment costal et d'ouvrir l'abcès pour que l'hémorrhagie s'arrête.

D'après Chauvel, on peut voir quelque temps après

1. Pour ne blesser ni plèvre ni péritoine, Bœckel recommande *d'enlever* un *fragment de la* septième ou de la huitième *côte*, pris *entre la ligne axillaire et la ligne mamelonnaire* (*Gaz. hebdomadaire*, 1889, p. 89).

2. Kartulis conseille la résection costale dans tous les cas (*Deutsche médic. Woch.*, 1886, p. 444). Ainsi fait Garcia Rijo. (*Cron. med. quirurg. de la Habana*, 1892, XVIII).

l'opération les côtes tellement se rapprocher que l'ouverture du foyer devient insuffisante; alors les drains sont aplatis et comprimés, le pus est retenu dans la poche et les accidents fébriles reparaissent. La résection costale est alors urgente.

Elle est également indispensable dans la méthode suivante, à cause de la difficulté qu'il y aurait à passer par un espace intercostal des points de suture plus ou moins profonds jusqu'au foie.

Mais si l'on veut *agir vite et prudemment*, on usera pour inciser le foie par le thorax des mêmes précautions que par la voie abdominale. *Le manuel opératoire* est plus compliqué que dans la laparotomie, à cause des deux séreuses qu'il faut souvent traverser.

Il a été inspiré par le traitement des kystes hydatiques suppurés; *l'incision transpleurale*, ou mieux *transpleuro-péritonéale* fut imaginée en 1879, par Israël (1) de Berlin qui la fit en trois temps par intervalles de 8 jours; depuis elle a été employée en France par Segond, Maunoury (2), Bœckel (3), qui la firent en une séance.

Pour le traitement des abcès du foie, c'est Thornton qui le premier proposa cette méthode au Congrès de Brighton (4) : depuis cette époque, elle a donné deux succès à Zancarol (5), puis à Hunsner, à Schede (6) et à M. Terrier (7).

Thornton recommande une incision intercostale de 8 à 10 centimètres de longueur, puis la résection de 7 à 8 centimètres de côte: on incise ensuite la plèvre pariétale, puis la plèvre diaphragmatique qu'on suture à la précé-

1. Israël. *VIIe Congrès des chirurgiens allemands*, 1879.
2. Segond, Maunoury. *Congrès français de chirurgie*, 1888.
3. Bœckel. *Loc. cit.*
4. Thornton. *British med. Journal*, 1886, t. II, p. 901.
5. Zancarol. *Congrès des médecins grecs*. Athènes, 1887.
6. Hunsner, Schede, cités par Greig Smith.
7. Observ. publiée par Dagron. *Soc. anat.* 1890, p. 44.

dente pour fermer la cavité pleurale : cela fait on ouvre la poche purulente sans se prémunir contre l'infection péritonéale, les succès obtenus par la méthode de Little y autoriseraient.

Chez son malade, M. *Terrier* fit une incision longue de 8 centimètres dans le huitième espace intercostal ; la neuvième côte fut réséquée sur une étendue de 4 centimètres ; mais pendant la résection sous-périostée la plèvre fut ouverte : On sutura le diaphragme à la paroi par 8 fils de soie, 4 de chaque côté. De cette façon on n'était séparé du foie que par l'épaisseur du diaphragme et le péritoine. Le diaphragme fut ensuite incisé et ses lèvres fixées au foie par six fils de soie (3 de chaque côté). On avait ainsi formé une sorte de canal traversant les cavités pleurale et péritonéale, mais qui en était séparé par les deux plans de suture indiqués, et conduisait jusqu'au foie mis à nu. L'orifice cutané fut rétréci par 4 sutures au crin de Florence. Cela fait, l'abcès fut ouvert au bistouri, puis lavé et drainé.

Dans l'ouverture des kystes hydatiques, M. *Segond*, pour prévenir le pneumothorax, se contente de « faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide placée à plat au-dessus de l'incision pendant la traversée pleurale, pour maintenir les deux feuillets appliqués l'un à l'autre ; puis on incise le diaphragme dont on éverse et maintient au dehors les deux lèvres jusqu'à ce que la mise en place des sutures assure le contact définitif des feuillets pleuraux ». Puis on vide la poche purulente au trocart, on l'ouvre largement et l'on coud ses parois aux lèvres de l'incision cutanée.

En somme, le *procédé idéal* serait de suturer d'abord les deux feuillets de la plèvre, puis fendre le diaphragme et découvrir le foie ; le contenu de l'abcès une fois évacué, adosser le tissu hépatique au péritoine sous-diaphragmatique et au diaphragme par une collerette de points de suture ; enfin la poche purulente est ouverte au milieu de

la couronne de sutures, et l'on draine et lave et panse comme à l'ordinaire.

Sans suturer la plèvre, Zancarol par deux fois s'est contenté, l'abcès largement ouvert, d'introduire dans sa cavité deux écarteurs qui accrochaient et tenaient accolées les parois de la poche contre celles de l'incision pleuro-péritonéale. « Cependant, dit M. Defontaine, la suture de la séreuse paraît réellement indispensable ; et toutes les fois qu'on le peut, il serait imprudent de n'y pas recourir » (1).

Méthode de Lannelongue: résection du bord inférieur du thorax.

Il est une autre méthode qui, je crois, n'a pas encore été appliquée au traitement des abcès du foie; c'est une méthode mixte, thoraco-abdominale pour ainsi dire: je veux parler de la résection du bord inférieur du thorax. Imaginée par M. Lannelongue pour aborder les abcès tuberculeux sous-phréniques des enfants, elle consiste à réséquer, sans ouvrir la cavité pleurale, une partie des cartilages costaux qui forment en avant le bord inférieur du thorax : elle pourrait permettre d'ouvrir un abcès de la face convexe (2).

En voici, d'après Canniot, le *manuel opératoire* (3) : L'incision faite au bistouri, à deux centimètres au-dessus du bord inférieur du thorax, légèrement oblique de haut

1. Dans un cas d'abcès sous-phrénique, Monastyrski sutura le diaphragme à la plèvre costale pour protéger contre le pus la cavité pleurale, puis incisa le diaphragme et évacua la collection: il n'y eut pas de pleurésie, mais un pneumothorax qui disparut en 3 jours (S. *Pétersb. med. Woch*, 1886, p. 433. et 1887, p. 53).

2. Lannelongue. Académie des sciences, 1887, et *Congrès fr. de chirurgie*, 1888.

3. Canniot. Th. Paris, 1891, p. 28.

en bas et de dedans en dehors, commence à trois centimètres du sternum et se termine à l'union de la dixième côte et de son cartilage. On sectionne successivement la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, le grand oblique et le grand droit; ce dernier coupé seulement dans sa portion externe, est refoulé vers l'appendice xiphoïde; la lèvre supérieure de la plaie est ensuite disséquée pour bien découvrir la partie à réséquer. La face externe du rebord cartilagineux du thorax apparaît: il faut isoler ce rebord en bas et en arrière. Inférieurement on désinsère le petit oblique en arrière; avec la rugine on sépare les cartilages costaux des attaches du transverse et des fibres inférieures du diaphragme. Ce temps de l'opération est facile à exécuter si l'on ne s'écarte pas du squelette, et qu'on se rappelle le trajet du cul-de-sac pleural. « On sait qu'en ce point la plèvre passant sur la face postérieure du cartilage de la septième côte, croise la partie interne du septième espace intercostal, puis descend obliquement en bas et en arrière, croisant les huitième, neuvième, dixième cartilages costaux : plus la côte est inférieure, plus la plèvre est rapprochée de la portion osseuse, si bien qu'au niveau de la onzième côte la plèvre vient passer sur la portion osseuse. Donc l'extrémité antérieure des 8e, 9e 10e et 11e cartilages costaux n'est pas recouverte par la plèvre et peut être réséquée sans ouvrir la cavité thoracique. »

La portion de thorax à réséquer a une forme triangulaire ou trapézoïde dont le grand côté est représenté par le rebord costal; elle comprend une assez grande partie des 10e, 9e et huitième cartilages costaux avec la portion correspondante des espaces. Le huitième cartilage sera coupé en deux points : près de son origine et à son point de réunion avec celui de la septième côte; quelquefois il faut encore remonter davantage et sectionner ce dernier cartilage; pour le faire, on relèvera prudemment la plèvre, qui du reste est parfois adhérente en ce point et

souvent remontée. Si pourtant le cul-de-sac était ouvert, on en ferait aussitôt la suture.

Une fois enlevé ce volet thoracique, le foie devient accessible, et sa portion convexe facile à explorer de l'œil et du doigt ; alors comme précédemment on ponctionnera et suturera l'organe avant d'ouvrir son abcès.

Hépatocolostomie.

On a décrit encore une autre opération, destinée dans les abcès de la face inférieure du foie à imiter la nature, c'est-à-dire à *aboucher l'abcès dans le colon* pour favoriser son évacuation (1).

Cette opération très rationnelle sera rarement pratiquée, car de deux choses l'une : ou l'abcès du foie ainsi localisé est petit, évoluant sans grands symptômes, ni signes locaux et partant très difficile à reconnaître ou même à soupçonner ; ou bien il évoluera plus vite et gagnera la périphérie de l'organe, faisant plus ou moins saillie et se révélant sous le rebord costal ; dans ce dernier cas la laparotomie suffira pour le découvrir et l'évacuer.

Même si l'abcès de cette portion reste profond et peu accessible directement, il vaut peut-être mieux, une fois le foie découvert sous les fausses côtes, en traverser une bonne part pour arriver ainsi jusqu'à l'abcès. J'ai vu M. Périer agir ainsi dans un kyste hydatique central du foie, en perforant avec une pince de Lister une épaisseur de 10 centimètres de tissu hépatique avant de parvenir à la poche kystique : il n'y eut aucun accident, notamment pas d'hémorrhagie.

L'évacuation spontanée de l'abcès, dans ces cas, donne 50 pour 100 de succès ; si l'on opère, l'intervention est sérieuse. C'est le manuel opératoire que M. Terrier a préconisé pour la *cholécystentérostomie*. On fait d'abord une incision sur le bord externe du muscle droit, du

1. Bichon. Th. de Montpellier, 1890.

niveau de l'ombilic aux côtes ; puis on vide préalablement l'abcès avec l'aspirateur, on le lave au sublimé, et l'on met la paroi de cette poche en rapport avec le côlon. Une première suture transversale comprend la partie la plus éloignée de l'abcès et du côlon. Puis huit points de suture sont placés suivant deux lignes longitudinales, éloignées de un centimètre environ, quatre d'un côté, quatre de l'autre. Le fil ne comprendra pas, autant que possible, toute l'épaisseur des parois. Un dernier point transversal, comme le premier est placé sur la partie la plus rapprochée. On circonscrit ainsi un rectangle qui met en présence le côlon et l'abcès. Des pinces à pression maintiennent les extrémités des fils de catgut. Après avoir serré le premier point transversal et les points latéraux, on pratique avec un bistouri étroit une ouverture correspondant aux parois accolées, dans laquelle on passe un drain flexible de cinq à six centimètres de long. On achève d'isoler la fistule en serrant le dernier point transversal. On referme ensuite la paroi abdominale (*Bichon*). Mais le diagnostic difficile, l'espoir d'une évacuation spontanée par les voies digestives (estomac ou colon), et surtout la gravité d'une telle intervention rendront cette opération tout exceptionnelle.

Complications post-opératoires.

J'ai déjà mentionné quelques complications opératoires (déchirure du tissu hépatique par les points de suture, hémorrhagie de la section du foie), et les moyens d'y remédier. Il est d'autres accidents, plus tardifs et préjudiciables au malade : je veux parler de la cholérrhagie, de la carie costale, d'une fistule interminable.

La *cholérrhagie* ne répond pas aux cas où le pus de l'abcès est simplement teinté de bile : cet accident n'est pas rare ; chez notre malade il fut observé pendant 5 jours consécutifs. Il s'agit d'un écoulement biliaire abon-

dant, par centaines de grammes, qui souille et traverse le pansement qu'il faut renouveler plusieurs fois par jour (1).

M. Rendu (D. Dech.) dit que ce mélange de bile au pus hépatique est rare, parce qu'il se fait une véritable thrombose biliaires dans les canaux biliaire interlobulaires, voisins de la collection purulente, qui s'oblitèrent par épaississement de leurs cellules endothéliales. Mais les observations sont plus fréquentes de collections purulentes dont le contenu est teinté de bile : Bérenger-Féraud signale ce fait 8 fois sur 100 (2).

La cholérrhagie n'avait encore été relatée que sommairement dans quelques études sur les abcès du foie, notamment par Little et Ayme (3), par Rousse (4), Long (5), Cliquet (6), Debergue (7), Oromi (8), lorsque *Bertrand en fit une étude complète* (9). Dans les quatre premières observations citées par ce dernier, très minime fut la quantité de bile mêlée au pus ; et elle modifia si faiblement l'évolution de l'abcès que son importance fut négligée. Seulement il n'en va pas toujours ainsi, et l'écoulement est parfois si intense qu'il y a en un mot une véritable cholérrhagie. Par centaines de grammes, la bile s'échappe de l'abcès et salit le pansement, témoin trois observations de Bertrand. Ce n'est plus alors un banal

1. Dans les kystes hydatiques, cette complication s'observe également : chez une opérée de M. Périer, je me souviens d'avoir vu un écoulement de bile presque pure qui persista plusieurs jours et ne laissa pas que d'inquiéter le chirurgien.

2. Bérenger-Féraud. *Traité de la dysentérie*, 1883, t. 568.

3. Little et Ayme. *Arch. de méd. navale*, 1880.

4. Rousse. Th. de Montpellier, 1883.

5. Long. Th. Montp., 1884.

6. Cliquet. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, t. VII.

7. Debergue. Th. Montp., 1889.

8. Oromi. Th. Montp., 1889.

9. Bertrand. *Revue de médecine*, 1890, p. 185.

incident, mais une grave complication qui modifie singulièrement le pronostic.

Quel en est le mécanisme ? Ce sont les orifices béants des canalicules biliaires, ulcérés par la fonte graduelle du tissu hépatique, qui déversent dans la poche ce liquide jaune verdâtre. Mais celte irruption de bile dans la cavité n'est pas constante ; elle fait défaut quand la paroi de l'abcès n'est pas encore détergée : aussi l'observe-t-on quelques jours après l'ouverture, quand les débris de tissu sphacélé se détachent de la paroi et se mélangent au pus : il en résulte une série d'ouvertures par où les canalicules biliaires vident leur contenu.

Quand la membrane limitante est bien organisée autour de la poche ces canalicules s'oblitèrent et l'écoulement cesse (Bertrand).

La quantité de bile écoulée dépend du calibre du vaisseau biliaire et peut se comparer aux hémoptysies des tuberculeux où le processus ulcératif détruit peu à peu les vaisseaux sanguins de voisinage qui se rompent dans la caverne : l'hémorrhagie est lente et bénin le pronostic si le vaisseau est petit ; elle est subite et mortelle s'il est volumineux. Deux fois la cholérrhagie fut telle qu'on put croire un instant à une rupture de la vésicule biliaire même. On a vu que la rareté relative de cette complication tient à une sorte de thrombose qui se fait dans les canalicules biliaires et en oblitère le calibre.

L'état de l'opéré devient rapidement grave, si l'écoulement est abondant et persiste : l'organisme, déjà miné par la diarrhée, la fièvre et la suppuration, s'affaiblit et se ruine définitivement.

Le *traitement de la cholérrhagie* est malheureusement inefficace : on évitera les drains trop longs, qu'on a accusés d'irriter les parois de l'abcès, en certains cas d'hypersécrétion biliaire (Demmler), et l'on fera rares les lavages de la poche pour ne point retarder la cicatrisation de ses parois et l'oblitération des vaisseaux biliaires.

L'alimentation forcée du malade sera tentée; mais elle n'est guère possible à cause des anciennes lésions dysentériques du tube digestif. Une fois, on donna au malade 20 centigrammes d'extrait de bile de bœuf par jour; on débutait par cette faible dose pour tâter la susceptibilité du sujet et éviter l'action excito-motrice de la bile: néanmoins ces pilules furent mal tolérées et l'on dut les supprimer, parce qu'elles donnèrent de violentes coliques et des selles nombreuses. Et Bertrand ajoute qu' « il ne renouvellerait pas cette tentative, faite un jour, en désespoir de cause. »

Un autre accident assez rare, sur lequel M. Chauvel a récemment appelé l'attention est la *carie costale*, complication tardive de l'ouverture spontanée ou artificielle des abcès du foie (1). On l'observe également dans les kystes hydatiques, et après une pleurotomie pour empyème, quand l'écoulement purulent dure trop ou que l'on a introduit dans la plaie une canule métallique ou un trop gros drain. Cette nécrose était jadis encore plus fréquente quand on se servait de caustiques pour provoquer des adhérences.

Le contact du pus joue là un rôle essentiel, lorsque les tissus qui protègent la côte sont altérés par une compression prolongée du drain. Tandis que la plaie hépatique se cicatrise, une fistule extérieure persiste, souvent recouverte de bourgeons charnus : un stylet, arrive directement au contact du tissu osseux, qui peu à peu se nécrose, cherche à s'éliminer et entretient une suppuration fatigante. *Pour hâter la guérison* « il faut exciser le trajet fistuleux, enlever les parties osseuses et cartilagineuses altérées, gratter les parois de la cavité suppurante et laisser la perte de substance se combler par bourgeonnement ». Il est parfois nécessaire de réséquer une portion de côte saine pour ouvrir plus largement le

1. Chauvel. *Archiv. génér. de médecine*, 1890.

foyer morbide et exciser les parties malades » (Chauvel).

L'opération est facile, puisque la plèvre est épaissie alentour ; elle n'est pas dangereuse, car les deux feuillets de la séreuse sont depuis longtemps soudés par des adhérences : après quelques semaines, le périoste a reproduit le fragment osseux réséqué (4 cas de Chauvel, 1 de Bichon).

Une fistule persistante peut encore être entretenue par une autre cause : c'est le défaut de rétraction de l'abcès hépatique dû à la rigidité de ses parois ou à des adhérences ambiantes, défaut encore augmenté, doublé pour ainsi dire, par la rigidité de la cage thoracique à laquelle adhère le foie par l'intermédiaire du diaphragme. Ce sont là des conditions comparables à celles de vieilles pleurésies purulentes fistuleuses ; à la même situation s'impose même solution : *mobiliser la paroi thoracique par l'opération de Letiévant-Estlander.* Pour obvier à cet inconvénient, Little recommandait l'emploi d'une bande élastique, pour comprimer le thorax et rapprocher sa paroi de celle de l'abcès. Il est plus efficace de réséquer largement les côtes inférieures, ce qui permet à la paroi thoracique d'aller à la rencontre du tissu hépatique, puisque ce tissu ne peut venir à elle.

La méthode de M. Lannelongue aurait précisément l'avantage de prévenir cette complication, car elle commence par réséquer le bord inférieur du thorax pour ouvrir au chirurgien une large voie.

Traitement des complications de l'abcès.

Après l'ouverture d'un abcès du foie, *un second peut se former* dans son voisinage. Si, malgré l'évolution favorable de la première poche incisée, et le bon état de la plaie opératoire, on voit réapparaître la fièvre et la diarrhée, parfois la diarrhée seule, si l'examen des autres organes ne décèle rien d'anormal, il faut soupçonner

l'existence d'un autre abcès hépatique. Sans plus tarder, on ira à sa recherche, soit en le ponctionnant directement comme on a fait le premier, soit en essayant de le joindre par l'ancienne ouverture, à l'aide du bistouri ou mieux de la pince de Lister.

On a vu plus haut les *différents modes d'évolution* qui peuvent compliquer la marche d'un abcès du foie : sont-ils justiciables d'une intervention opératoire?

Une première question se pose : quand un abcès vient de s'ouvrir dans une cavité ou un organe voisins, faut-il opérer comme s'il était encore inclus dans le foie? La réponse est invariable : il faut intervenir quand même, largement et le plus vite possible, même aux cas où la rupture spontanée donne des résultats relativement favorables (issue par l'intestin). On évitera ainsi les suppurations interminables et leurs dangers, et l'on pourra laver et drainer la poche afin d'en activer la cicatrisation.

Est-ce à dire qu'il ne faut point *intervenir contre la complication même ?* Si le pus a fait irruption subite dans la *cavité abdominale*, une laparotomie s'impose avec toilette péritonéale : cette intervention rapide a donné à M. Périer un beau succès chez une femme, dont le kyste hydatique s'était rompu dans le péritoine avec mélange de la bile au liquide kystique.

Si l'abcès s'est vidé *dans l'intestin*, les lavements antiseptiques seront indispensables.

S'il s'est fait jour *dans le péritoine en s'y enkystant,* il ne faut guère attendre l'ouverture spontanée de cette poche péritonéale, mais l'inciser couche par couche et la drainer.

Quand il a fusé dans la *fosse rénale* et simule un phlegmon périnéphrétique, on ouvrira comme s'il s'agissait de ce phlegmon lui-même. De même s'il a déterminé des *fusées purulentes,* plus ou moins éloignées, le chirurgien opèrera, en se laissant guider par les circonstances et la région envahie.

Dans le cas de *rupture péricardique*, on a conseillé de faire une ponction et même une péricardotomie ; mais les accidents graves sont tellement brusques qu'on n'a guère le temps d'intervenir. S'il y a irruption du pus *dans les voies respiratoires*, il ne faut pas hésiter. Est-ce une pleurésie purulente ? L'empyème s'impose, rapide et urgent. Est-ce une vomique avec fistule broncho-pulmonaire ? On ne se fiera pas à l'évacuation spontanée, toujours lente et dangereuse, et l'ouverture transpleurale de l'abcès sera faite au plus vite. M. Segond obtint ainsi une guérison dans un cas grave de kyste suppuré ouvert dans les bronches.

Mais le *pus hépatique*, ayant perforé le diaphragme et la plèvre adhérente, *peut s'enkyster dans le poumon*, il ne donne pas de vomique, mais tous les signes et symptômes d'une caverne purulente avec accidents possibles de gangrène pulmonaire (1).

Dans ce cas une intervention est tout indiquée : c'est la *pneumotomie*.

Je l'ai vu faire à M. Périer *dans un cas de gangrène pulmonaire*, avec fort beau succès. Au point où s'entendait le maximum des bruits caverneux, l'espace intercostal fut incisé franchement couche par couche, jusqu'à la plèvre pariétale. « Aussitôt, dit M. Périer, j'aperçus par transparence le tissu pulmonaire qui faisait saillie à chaque expiration et s'enfonçait dans les mouvements d'inspiration. Y avait-il ou non adhérence entre les feuillets de la plèvre ? Le doute étant permis, je saisis, avec de très fines pinces de Museux, le tissu du poumon à travers la plèvre pariétale pour assurer et maintenir le contact. J'incisai la plèvre ; elle me parut adhérente, mais

1. Cas de Triadou. *Montpellier médical*, 1862, p. 125.

Dans notre observation, la formation d'une semblable caverne se fit lentement et donna si peu de signes physiques chez un malade épuisé par la diarrhée que son existence fut à peine soupçonnée durant la vie.

mollement ; je laissai les pinces en position. Une incision superficielle du poumon me fit voir que son tissu était sain ; abandonnant alors le bistouri, j'enfonçai par un mouvement de ponction une pince de Lister fermée dans la direction du foyer. Je sentis bientôt que la pointe était dans une cavité, je retirai la pince en écartant les branches, faisant ainsi par déchirure dans le tissu pulmonaire une ouverture qui ne donnait point de sang ou à peine : il s'échappa une petite quantité de pus visqueux, infect, mêlé de débris de tissu sphacélé. Le foyer fut nettoyé à l'aide d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution de chloral au 1/100 et sa surface touchée avec du naphtol camphré. Deux tubes à drainage accolés y furent introduits, puis fixés à la peau : l'air les traversait librement à l'inspiration et à l'expiration. Les pinces qui tenaient la plèvre et le poumon furent retirées. Pansement avec poudre de salol et gaze au salol imbibée de solution de chloral. Guérison complète en deux mois et demi » (1).

Telle est l'opération qu'on devrait faire au cas où l'abcès du foie aurait formé dans le poumon un foyer secondaire de suppuration.

1. Périer. Bullet. Académie de médecine, mars 1892.

CONCLUSIONS

De ce qui précède sur le traitement on peut conclure :

1° Une fois l'existence d'un abcès du foie soupçonnée ou reconnue, une ponction exploratrice sera faite en un point de la région hépatique qui présente le plus de fluctuation, d'empâtement, de saillie ou seulement de douleur. On répètera la ponction en différents points et à diverses profondeurs, jusqu'à ce que la présence ou l'absence du pus soit démontrée.

2° L'abcès révélé et bien localisé sera largement ouvert et au plus vite.

3° S'il proémine surtout au-dessous du rebord des côtes, dans l'abdomen, et qu'on le soupçonne à la périphérie du foie, on pourra, dans l'espoir de trouver des adhérences péritonéales, employer la méthode de Little : ponction exploratrice et nullement évacuatrice, puis sur le trocart explorateur incision d'un seul coup de la paroi abdominale, du péritoine et du foie jusqu'à l'abcès sur une étendue de 6 à 8 centimètres, évacuation du pus : lavages, double drain et pansement antiseptiques.

4° Que si l'on doute des adhérences ou de leur solidité, il vaut mieux inciser la paroi abdominale, couche par couche, et s'assurer directement de ces adhérences. Si elles n'existent pas ou semblent peu résistantes, la prudence commande de ponctionner l'abcès pour en évacuer le contenu, de suturer la séreuse en collerette au tissu même du foie, et d'ouvrir enfin largement la poche purulente: lavages, double drain et pansement antiseptique.

5° Que si l'abcès bombe dans la cavité thoracique, on pourra comme précédemment, employer la méthode de Little, et par un espace intercostal fendre d'un seul coup,

plèvre, diaphragme, péritoine sous-jacent et tissu hépatique jusqu'à l'abcès.

Si le siège de l'abcès semble profond et que des adhérences pleurales ne paraissent pas certaines, la méthode trans-pleuropéritonéale est plus sûre, mais plus compliquée : incision lente de l'espace intercostal, résection d'une ou deux côtes adjacentes sur une étendue de 5 à 6 centimètres, puis incision des deux feuillets pleuraux qu'on adosse et suture l'un à l'autre, section du diaphragme et découverte du foie ; évacuation du pus, puis suture du tissu hépatique au péritoine et au diaphragme ; enfin large ouverture de l'abcès : lavages, double drain et pansement antiseptiques.

6° Pour aborder la face convexe du foie, on pourrait remplacer la méthode précédente par celle de M. Lannelongue : résection du bord inférieur du thorax.

7° Dans des cas exceptionnels où l'abcès est central et proche du gros intestin, on pourra par une laparotomie aboucher le foyer hépatique dans le colon (hépatocolostomie).

8° Si l'abcès se faisait jour dans une cavité ou un viscère voisins, il faudrait l'ouvrir quand même par une des méthodes précédentes.

9° Le traitement des divers modes d'évolution variera suivant les organes envahis par le pus hépatique (incision d'abcès périnéphrétique, pleurotomie, ponction du péricarde et péricardotomie, pneumotomie).

10° La carie costale, consécutive à une fistule persistante, exigera une résection de la portion de côte malade et une large ouverture du foyer voisin.

11° Enfin, si la fistule est entretenue par un défaut de rétraction des parois du thorax et des parois de l'abcès, on devra mobiliser la paroi thoracique par une thoracoplastie.

OBSERVATIONS

Obs. I (personnelle). — *Abcès dysentérique : incision par la méthode de Little. Abcès secondaire du poumon; diarrhée persistante. Mort.*

Duj... Sévère, âgé de 43 ans, entra le 7 août dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Merklen.

Sans autres antécédents qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans, il a joui d'une excellente santé jusqu'au commencement de cette année. Employé de commerce à Lisbonne depuis 2 ans et demi, il fut atteint de dysentérie au mois de janvier et entra bientot à l'hôpital Saint-Louis-des-Français. Une diarrhée abondante (10 à 12 selles par jour), claire et jaunâtre, avec coliques, ténesme, puis anorexie, nausées et vomissements bilieux devint peu à peu sanglante et presque continue. Le malade eut un peu de fièvre, de légers frissons le soir, maigrit rapidement et prit ce teint jaune-cire qui persiste encore. Cependant, après un mois de traitement par le lait, le sous-nitrate de bismuth et les lavements laudanisés, on peut atténuer ces accidents et permettre au malade son retour en France.

Il quitta Lisbonne fin février, en meilleure santé, mais la dysentérie reparut pendant la traversée.

Rentré à Paris, il souffre encore de diarrhée sanguinolente et surtout de ténesme intolérable : l'amaigrissement fait de rapides progrès et le teint de jour en jour devient plus jaunâtre. Pas de douleurs abdominales ni hépatiques.

Peu à peu les accidents semblèrent s'amender et le malade essaya de reprendre ses occupations, mais ce répit ne dura guère : la diarrhée reparut, douloureuse, continuelle et sanguinolente; puis en avril survint une douleur au niveau des dernières côtes droites. Cette douleur, sourde et profonde, encore très supportable et localisée sous le sein droit, n'apparaissait d'abord que sous une pression locale, par les efforts ou les mouvements ; peu à peu elle fut spontanée, et, après un mois de fixité, irradiée au

moignon de l'épaule droite. Puis le moindre attouchement devint pénible, aussi bien que la marche ou la simple élévation du bras

Le malade ne pouvait désormais rester couché qu'en décubitus dorsal; l'appétit se perdait, les forces diminuaient, l'insomnie était persistante, la douleur continue, la diarrhée fréquente et la situation misérable. Cependant un médecin avait fait appliquer plusieurs vésicatoires sur la région hépatique sans suspendre le cours de la maladie.

Mon excellent collègue Jayle vit alors le malade et soupçonna un abcès du foie qu'il voulut bien me confier.

A son entrée (7 août) le malade a le teint jaune-pâle, sans ictère, le facies amaigri et la voix faible : il dit avoir fait en Portugal quelques excès alcooliques, n'y a jamais souffert de fièvres paludéennes. Il habita fort longtemps avec un chien, sans ressentir jamais de dégoût spécial d'aliments, de régurgitations de matières grasses ou de démangeaisons. La langue est sèche, un peu blanchâtre ; ses papilles sont toutes hérissées. Le caractère a beaucoup changé : jadis rieur et joueur et chantant toujours, il est mélancolique, hypochondriaque et même enclin au suicide. Il ne tousse point et ne crache pas davantage, mais se plaint d'insomnie, d'anorexie, de diarrhée avec épreintes et surtout d'une douleur persistante au côté droit.

En examinant cette région, il est aisé de la voir augmentée de volume et saillante uniformément; le rebord costal est peu apparent, car la voussure de l'hypochondre droit se continue sans ressaut avec celle des dernières côtes. Rénitente au palper, douloureuse à la pression, surtout vers l'épigastre, la région montre un réseau veineux sous-cutané, notamment du mamelon aux fausses côtes et jusqu'à la fosse iliaque. La peau n'y est pas œdématiée, mais seulement plus épaissie qu'au côté gauche : c'est un simple défaut de souplesse. Déjà les derniers espaces intercostaux sont comblés et effacés. La douleur s'exagère à la percussion qui dénote une augmentation considérable du volume du foie. Sur la ligne mamelonnaire, la matité s'étend depuis une ligne transversale passant par l'ombilic jusqu'à deux doigts au-dessous du mamelon : sa hauteur est de 19 centimètres. Sur le bord droit du sternum la matité commence à un doigt plus bas que sur la ligne précédente et se confond à sa limite supérieure avec celle du ventricule droit : elle finit à deux doigts au-dessus

de l'ombilic : c'est là que la percussion est la plus douloureuse. Sur la ligne axillaire antérieure la limite supérieure de matité est à la hauteur du mamelon, sa limite inférieure au niveau de l'ombilic : elle mesure ainsi verticalement 21 centimètres.

En arrière la sonorité thoracique s'affaiblit déjà à la pointe de l'omoplate, mais le long de la colonne vertébrale elle reparaît presque normale. Aussi bien dans cette dernière zone, la respiration est faible, mais encore appréciable, au lieu que dans toute la portion mate du thorax on n'entend plus de murmure vésiculaire : pas de vibrations, ni de souffle, pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone. Seulement, un peu au-dessus du mamelon, dans une zone déjà mate, la respiration s'entend encore, mais peu nette et voilée d'un léger bruit de frottement vers la ligne axillaire, au niveau des septième et huitième côtes.

A gauche la respiration est régulière, sauf un petit foyer de congestion pulmonaire à la base, avec souffle et râles sous-crépitants.

Sommets sains ; cœur non déplacé, sans lésions d'orifices. Urine sans albumine.

Température vespérale 39°6. Pouls 120. La rate n'est pas sensible à la percussion.

Les antécédents, les symptômes fonctionnels et les signes physiques annoncent l'existence probable d'un abcès du foie.

Le lendemain, un *examen du sang* pris au bout de l'index dénotait une leucocytose, indice de suppuration (1). Une *ponction* fut faite avec la seringue de Roux : enfoncée dans le huitième espace intercostal, à 10 centimètres au-dessous d'une horizontale passant par le mamelon et à 5 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire, l'aiguille trouva à 3 ou 4 centimètres de profondeur un pus jaunâtre et strié de sang ; laissée en place elle suivait les mouvements d'ascension et descente du foie pendant la respiration, c'est-à-dire que son extrémité extérieure montait pendant la descente du foie en inspiration, et suivait ainsi les mouvements inverses de l'extrémité intérieure plongée dans le tissu hépatique.

1. Je dois ici remercier de son extrême complaisance mon collègue Thiercelin qui a fait dans le laboratoire de M. le Professeur Hayem les examens du sang, du pus et des pièces anatomiques.

Le *pus examiné* aussitôt contenait des débris de cellules hépatiques, des globules rouges et blancs, sans amibes : ses cultures restèrent stériles.

L'urine brun-foncé, acide (900 cent. c.), renferme 17 grammes d'urée ; densité = 1015.

Huit selles diarrhéiques, brunâtres et fétides, non teintées de sang.

On fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire : 200 grammes de sirop de sucre absorbés ne se retrouvent pas dans les urines de 24 heures ; ce résultat négatif indiquait sans doute qu'une portion assez peu considérable du foie était annihilée par la suppuration.

Température matin 38°,5. — P. = 124. Le soir T. 39°,6. P. = 140.

Régime lacté ; limonade lactique (10 gr. par litre), potion avec salicylate de bismuth et extrait thébaïque.

La nuit suivante a été bonne ; pour la première fois depuis plusieurs mois le malade dit avoir tranquillement reposé.

9 août. — Température matin 38°,2. P. = 108. T. s. 39°,2. P. = 126.

M. Carrion, interne en pharmacie, fut assez obligeant pour faire l'*analyse complète des urines ;* en voici le résultat :

Volume des 24 heures. — 620 cc.

Couleur jaune rougeâtre.

Aspect louche.

Par l'agitation mousse assez persistante.

Dépôt assez abondant, cristallin.

Odeur faible.

Réaction acide.

Densité corrigée à 15°. 1018° 4.

Acidité (calculée en $P^2 O^5$). — Par litre 1.633, par 24 heures 1.012.

Chlorures (calculés en Na Cl). — Par litre 9.652, par 24 heures 5.984.

Urée. — Par litre 16,393, par 24 heures 10, 163.

Azote total. — Par litre 20,212, par 24 heures 12,531.

Acide urique. — Par litre 0,405, par 24 heures 0,251.

Acide phosphorique (total). — Par litre 1,400, par 24 heures 0,868.

Indican. — Traces.

Glucose. — 0.

Mucine. — Assez abondante.

Albumine (Sérine, Globuline, Pyine) 0.

Peptones. — 0.

Urobiline, faible bande au spectroscope.

Pigments biliaires, faible quantité.

Acides biliaires, peu.

Examen microscopique :

Eléments cristallins, acide urique, urate de soude.

Eléments figurés, quelques débris cellulaires.

10 août. — *L'opération étant décidée,* M. Merklen veut bien m'en remettre le soin : j'ai été vivement touché de cette marque de confiance.

Sous le chloroforme, en se guidant sur un trocart de l'appareil Potain, au point même où la ponction fut enfoncée il y a 3 jours, on fait au bistouri, lentement et couche par couche, une incision longue de 5 centimètres environ. Tous les tissus sont incisés jusqu'à l'aponévrose sous-jacente aux muscles intercostaux : on sent alors avec le doigt le foie qui bombe sous le diaphragme. Comme la ponction exploratrice a montré que l'abcès était superficiel, à 3 ou 4 centimètres environ, à fleur de foie, pour ainsi dire, il est probable, presque certain que des adhérences suffisantes existent entre la plèvre et le diaphragme, entre ce muscle et le foie : de plus, le pus est stérile. Aussi le bistouri est-il enfoncé franchement à 5 ou 6 centimètres de profondeur, pour inciser d'un seul coup, plèvre, diaphragme, péritoine et foie. Du pus s'écoule, épais, rougeâtre, de couleur chocolat, mêlé de grumeaux blancs jaunâtres et d'une petite quantité de sang pur, venant sans doute de la plaie hépatique.

L'index au fond de la plaie, montre que l'incision a porté précisément sur la partie la plus déclive et la moins profonde du foyer : une sonde y pénètre à 7 centimètres et butte au fond de la poche ; au contraire, introduite obliquement en haut et en arrière vers la cavité thoracique, elle s'enfonce jusqu'à 15 centimètres. Aussi l'incision est agrandie au bistouri par la partie supérieure, et du pus s'écoule en abondance, plus d'un demi litre. Recueilli avec soin dans des tubes de gélatine et d'agar, il est encore demeuré stérile.

La poche évacuée fut lavée longuement à l'eau boriquée tiède, jusqu'à ce que le liquide injecté revînt à peu près limpide, de nombreux lambeaux sphacélés de tissu hépatique avaient été expulsés. Puis avec la pince de Lister deux gros tubes à drainage furent introduits obliquement, sans difficulté, et le lavage fut repris par ces tubes pour s'assurer de leur bon fonctionnement.

Pansement au salol et gaze salolée. Bandage compressif et immobilisation absolue.

Durant la journée, légères douleurs au niveau de la plaie ; quelques nausées sans vomissements.

Le soir 38°2. P. 120.

11 août. — Nuit calme. Ce matin T. 37°,6. P. 108.

Pansement souillé : lavages avec solution de chloral à 1 pour 100, sans enlever les drains ; injection de naphtol camphré.

La diarrhée a cessé, et le malade se sent mieux.

Le soir T. 38°,1. P. 112.

Urine 700 cc., contenant 16 gr. 40 d'urée par litre.

12. — Temp. m. 38°. P. 108.

Pansement et lavages. Injection de naphtol camphré.

Le soir T. 38°1. P. 112.

Le 15.— On fait dans la poche une injection chaude de liqueur de Van Swieten dédoublée : les drains enlevés et lavés sont remis en place avec facilité.

Le lendemain le pansement est souillé d'un liquide jaune-verdâtre, ayant l'apparence de la bile presque pure.

17. — Même coloration biliaire du contenu de l'abcès : légère ascension de la température, qui monte à 38°,4, après avoir été normale depuis 3 jours. L'un des drains est supprimé, et l'autre raccourci ne mesure plus que 10 centimètres de longueur : il est facilement introduit, sans être comprimé dans l'espace intercostal.

On continue le régime lacté, la limonade lactique, l'opium et le bismuth. L'urine, dont la quantité ne dépasse pas 700 grammes en 24 heures, renferme une dose d'urée, variant de 15 à 20 grammes par litre.

18. — L'écoulement biliaire de la plaie semble plus abondant ; il persiste une légère fièvre (38°) malgré les lavages et l'évacuation facile du pus par un large tube : le foie est bien diminué de volume.

Chaque jour, une selle liquide, presque involontaire.

19. — Aujourd'hui le pansement est à peine taché de bile ; la température devient normale, l'appétit semble revenir, mais le malade tousse sans que l'auscultation dénote rien d'anormal dans sa poitrine.

Le 25 mai. — L'appétit est presque revenu et le malade demande à s'alimenter ; la fièvre a cessé, il n'y a plus de diarrhée, mais la toux persiste et l'amaigrissement augmente.

2 septembre. — Pas de fièvre ; la toux s'accompagne de crachats abondants jaune-verdâtres, parfois striés de sang, qui ne renferment ni bacilles de Koch ni débris de cellules hépatiques, ni pigments biliaires. La diarrhée a reparu, incessante et involontaire, résistant à l'opium, au bismuth, au ratanhia et au nitrate d'argent.

Dans la poitrine, à l'auscultation, râles ronflants et sibilants des deux côtés ; foyers de râles sous-crépitants à la base gauche. Pas de signes cavitaires en aucun point.

5 septembre. — La région hépatique n'est pas douloureuse, le foie est petit, sa cavité se comble de mieux en mieux ; les pansements renouvelés tous les 3 ou 4 jours ne donnent que très peu de débris de parenchyme : le drain est peu à peu raccourci et la plaie intercostale a bel aspect.

Rien n'annonce l'existence d'un autre abcès, pourtant la diarrhée persiste et aggrave la situation.

Température normale. — Urines rares (500 gr.), foncées et ne contenant que 10 grammes d'urée par litre en moyenne.

Peu à peu, la toux est plus fatigante ; la diarrhée est continuelle, avec ténesme, sans coliques, et le malade maigrit de jour en jour. En même temps l'appétit se perd et les forces déclinent.

20 septembre. — On entend à la base droite quelques râles sous-crépitants sans gargouillement ; mais la respiration et la toux sont trop faibles sans doute pour donner des signes cavitaires. Matité dans la moitié inférieure du poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière ; on pense à une tuberculisation progressive de la moitié inférieure de ce poumon ; l'examen des crachats démontre l'absence de bacilles de Koch et de cellules du foie. L'abcès hépatique ne donne plus qu'un peu de pus jaunâtre ; le drain n'y est plus oblique, mais horizontal, car le foie s'est rétracté, et l'orifice intercostal se resserre chaque jour davantage.

Escharc sacrée.

Malheureusement la diarrhée continuelle, abondante, fétide et involontaire, la toux persistante et l'expectoration puriforme achèvent la cachexie et la ruine du malade qui s'éteint doucement le 5 octobre.

Autopsie le surlendemain. Pas d'épanchement pleural ni ascitique. La fistule intercostale conduit à un abcès situé dans la portion convexe du lobe droit du foie, et qui peut à peine admettre une petite pomme : il contient encore une cuillerée de pus jaune, crémeux, sans odeur. La paroi supérieure de cette poche est extrêmement amincie et adhérente au diaphragme. Nombreuses adhérences de ce lobe droit à la paroi costale. Tout le lobe inférieur du poumon droit est uni intimement au diaphragme et par conséquent au foie : on ne peut les enlever l'un sans l'autre. La cavité pleurale est comblée au niveau de l'ancienne incision intercostale et les feuillets de la séreuse très adhérents sur une étendue de huit ou dix centimètres.

Le poumon est creusé d'une énorme caverne, anfractueuse, à parois irrégulières, où flottent quelques débris rougeâtres de tissu pulmonaire, et qui renferme un pus jaune-crémeux, en tout semblable à celui de l'abcès hépatique : on y voit encore quelques ramifications bronchiques et vasculaires que le pus y a disséquées. En un point, la poche a tellement aminci la coque pulmonaire saine qui la limite qu'elle est près de se rompre dans la cavité pleurale.

Quelques granulations tuberculeuses aux deux sommets.

Congestion du poumon gauche.

Il a été impossible, malgré les recherches les plus attentives, de trouver un orifice de communication diaphragmatique entre l'abcès du foie et celui du poumon.

Le reste du foie paraît sain ; on n'y voit pas traces d'autres abcès.

Son poids est de 1900 grammes. Rate saine pesant 200 grammes.

L'intestin grêle laisse voir à sa terminaison quelques ulcérations, mais celles-ci sont en nombre considérable et très volumineuses dans tout le gros intestin, presque confluentes dans l'S iliaque et le rectum.

Cœur et cerveau sains.

L'examen microscopique montre qu'au niveau des parois de

l'abcès les cellules hépatiques sont très atrophiées et aplaties par du tissu embryonnaire: ce tissu est d'autant plus abondant qu'on se rapproche davantage des parois. Au niveau des espaces-portes prolifération considérable du tissu conjonctif : les vaisseaux sanguins sont oblitérés par péri et endartérite : même oblitération des vaisseaux biliaires.

En résumé, c'est une observation d'abcès du foie, dysentérique, siégeant à la face convexe du lobe droit, développé lentement, avec les signes et les symptômes classiques, mais qui a déterminé entre le foie, le diaphragme et le poumon des adhérences si intimes que la suppuration a envahi le poumon insidieusement, sans fracas et sans éveiller les soupçons. Tous les signes observés (lenteur de l'évolution, siège superficiel de l'abcès, stérilité du pus, frottement périhépatique, indice d'adhérences probables) excusaient une simple intervention par la méthode de Little. L'opération en fut aisée et les suites immédiates excellentes ; mais une lente suppuration pulmonaire et une diarrhée incoercible brisèrent la résistance du malade et anéantirent les heureux effets de l'intervention chirurgicale. Si l'on avait pu soupçonner l'existence de cette caverne pulmonaire, une pneumotomie était possible, qui offrait au malade quelque chance de guérison.

Obs. II (personnelle). — *Pleurésie diaphragmatique suppurée, abcès sous-phrénique ou abcès du foie. — Difficultés du diagnostic.*

M... (Emilia), 33 ans, a longtemps habité Saint-Pierre, de l'île d'Oléron, pays de marais salants où la malaria est endémique. De 10 à 15 ans elle eut de fréquents accès de fièvre intermittente ; ses parents sont paludiques. A 20 ans une fièvre typhoïde la tint au lit pendant deux mois. Bien portante depuis cette époque, elle fut prise l'an dernier de pertes blanches, parfois verdâtres, de mictions douloureuses et fréquentes ; elle a conservé encore un utérus volumineux et sensible avec pertes jaunâtres et douloureuses, et salpingo-ovarite droite.

Elle habite Paris depuis quelques mois.

Le 5 avril dernier, la malade sentit subitement une lourde gêne dans le côté droit, vers la région du foie, puis ce fut une douleur aiguë, par instants lancinante, dont le maximum était au niveau des dernières côtes, parfois au mamelon, avec irradiations dans l'abdomen, à l'épaule et à l'omoplate droites, et qui s'accompagnait bientôt d'oppression épigastrique, de nausées, d'anorexie et de constipation.

Un peu de fièvre chaque soir, insomnies, sueurs nocturnes.

Huit ou dix jours après le début de ces accidents survint une toux sèche, opiniâtre, plus fréquente la nuit que le jour, dont chaque accès réveillait ou augmentait la douleur de côté, et se terminait par des vomissements bilieux : la malade se décidait alors à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Merklen (17 avril).

Elle se plaint de douleurs au creux épigastrique et à l'hypochondre droit, de courbature et de toux opiniâtre. Elle a le facies fatigué, amaigri, les traits tirés, le teint terreux. La langue est saburrale et l'haleine forte : anorexie complète, fréquentes nausées, constipation depuis quatre jours.

Le ventre n'est pas ballonné, le creux épigastrique et le côté droit sont douloureux, surtout ce dernier : la douleur y est réveillée ou mieux exagérée par les grands mouvements respiratoires, la toux et la pression locale. Le malade est couché sur le flanc droit, ou plutôt le tronc est en décubitus dorsal, avec une légère incurvation à droite, la tête et le membre inférieur droit sont un peu fléchis ; tout le corps est comme peletonné autour du côté malade.

A la percussion le thorax en avant et l'abdomen ne donnent rien de spécial ; la matité hépatique ne déborde pas sensiblement les fausses côtes. En arrière les 2/3 supérieurs du poumon droit ne présentent rien de pathologique : ni souffles, ni frottements, ni râles. Dans le 1/3 inférieur, vers la ligne axillaire, peu de vibrations vocales, percussion douloureuse, submatité, respiration très affaiblie ; pas de bruits anormaux.

Le long de la colonne vertébrale, dans la gouttière costo-vertébrale, à la base, on note un foyer de râles sous-crépitants. Les bruits du cœur sont normaux, la rate est normale.

On pense à une congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, avec pleurite sèche.

18 avril. — La douleur de l'épaule a disparu mais celle de l'hypocondre droit est plus vive, surtout au bas de la ligne axillaire; la matité semble remonter plus haut que la veille, vers la pointe de l'omoplate : même foyer de râles d'un côté, même diminution des vibrations de l'autre, sans frottement ni souffle. A la partie antérieure de l'hémithorax droit rien d'anormal, sauf une forte douleur qu'exagère une percussion ou même une pression faible des derniers espaces intercostaux. Toux plus fréquente et sèche : anorexie, nausées, douleurs épigastriques.

Un lavement fait cesser la constipation, qui sera remplacée par la diarrhée durant vingt jours consécutifs. Température le matin, 38°,4. P. 100 ; T. 38°, P. 100. Pendant les trois jours suivants l'état reste stationnaire, mais le soir du 20 avril la température atteint subitement 39°,6 avec 100 pulsations, la respiration est accélérée (40), l'anxiété plus vive et la douleur spontanée plus aiguë dans l'hypocondre droit. Au thorax, les signes physiques persistent sans modification. S'il existe un épanchement pleural, il est sans doute très minime et les symptômes subjectifs ne répondent guère à l'état local du poumon et de la plèvre. — Quantité normale d'urine, un peu albumineuse.

Cependant la situation générale s'aggrave; le faciès est plus altéré, la malade maigrit rapidement et se plaint de sueurs nocturnes, la diarrhée est plus abondante, les quintes de toux sont continuelles et les nausées fréquentes. La malade reste en cet état (39° le soir, 38° le matin) jusqu'au 25 avril, où la température monte à 40,5 ; puis le thermomètre oscile entre 39° le soir et 38° le matin, le pouls entre 160 et 100.

La douleur de l'hypochondre droit augmente de jour en jour, et depuis peu la malade souffre de pertes utérines abondantes et fétides ; des injections phéniquées en ont vite raison.

Le 4 mai apparaît un œdème de la région hépatique et de la portion inférieure droite du thorax : la douleur locale est plus vive et s'irradie encore à l'épigastre et à l'épaule droite, mais on la provoque surtout en pressant la jonction du bord droit du sternum et du prolongement de la dixième côte, ou bien le scalène antérieur entre les deux chefs du sterno-mastoïdien.

La sonorité thoracique en avant se modifie ; au sommet elle est normale, mais au niveau du mamelon on trouve de la submatité qui à deux doigts au-dessous devient de la matité vraie jus-

qu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. Il semble donc que le foie, augmenté de volume, soit recouvert d'une zone de liquide moins franchement mate que l'organe lui-même : aussi bien il est difficile de préciser nettement ces limites de tonalité différente. — En arrière, pas de modifications appréciables.

Diarrhée continuelle; douleurs abdominales (épigastriques et ombilicales); nausées, langue sale, anorexie. Pas d'ictère ; urines un peu albumineuses.

7 mai. — La matité de la région thoracique antérieure s'étend nettement de la 4e côte à l'ombilic : sa limite supérieure semble moins élevée vers la ligne axilaire que sur la ligne mamelonnaire; encore une fois sa tonalité paraît plus franche à partir de la 7e côte ; mais en arrière, à la base droite, la respiration est nette, un peu affaiblie pourtant : là, pas de souffle ni de matité appréciables. La dyspnée est excessive (48 R.) et ne répond guère aux signes que donne l'examen du thorax. La douleur hépatique est toujours vive, avec points épigastrique et chondro-sternal droit au niveau des 6e et 7e côtes.

En présence des symptômes fonctionnels exagérés et des signes physiques peu marqués, M. Merklen pense à une pleurésie diaphragmatique suppurée, sans repousser l'hypothèse d'un abcès du foie ou d'un abcès sous-phrénique (sus-hépatique). Le soir une longue aiguille de la seringue de Pravaz, plongée dans le 5e espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire, se remplit d'un pus épais, verdâtre, sans odeur : il en est ainsi dans le 7e espace.

Semblables ponctions, faites en arrière de la ligne axillaire, ne donnent rien : la seringue de Roux, parfaitement stérilisée, est plongée soigneusement à deux reprises dans le foie, sans résultat et sans inconvénients.

Le pus, examiné par mon collègue M. Nicolle, ne renferme que des streptocoques, sans débris hépatiques ni crochets hydatiques.

Le surlendemain soir, grand malaise, haleine fétide, la malade se plaint d'un mauvais goût dans la bouche et expulse à chaque quinte de toux des crachats muco-purulents. T. 39°,8. P. 160. R. 38.

Tout annonce une vomique prochaine qui se fait la nuit sui-

vante : trois crachats sont remplis de pus verdâtre mêlé d'écume, d'odeur fade. Le lendemain matin, T. 37°. P. 120 ; la malade souffre moins, mais elle est encore très abattue. Malgré la vomique, les signes physiques ne sont pas modifiés : la limite inférieure de la matité hépatique répond encore à une horizontale passant par l'ombilic ; seule la matité supérieure du thorax ne s'élève plus qu'à un doigt au-dessous du mamelon. Même douleur qu'auparavant ; quelques nausées, haleine fétide, expectoration muco-purulente.

Le soir, T. 38°. P. 120. R. 40. Pendant la nuit, une autre vomique moins abondante que la première, n'emplit que la moitié d'un crachoir. L'amélioration qui suivit la vomique pouvait faire espérer la régression des accidents : elle fut momentanée et ne dura que quarante-huit heures. Dès le troisième jour la température s'élevait au-dessus de 38° : une intervention chirurgicale fut décidée.

18 mai. — Veille de l'opération. T. le soir, 38°,4. P. 140, R. 44.

L'état général reste mauvais, le facies terreux, un peu bistré ; amaigrissement ; sueurs nocturnes. Des quintes de toux presque continuelles avec crachats muco-purulents réveillent la douleur de l'hypochondre droit. Langue sale, nausées sans vomissements ni hoquet ; pas de diarrhée. Le ventre est peu douloureux, sauf dans la fosse iliaque droite, sans météorisme ni ascite.

Pas d'œdème des jambes ; urines un peu albumineuses.

La malade est en décubitus dorsal ; le moindre mouvement exaspère la douleur de l'hypochondre qu'exagère la pression locale, et l'hypéralgésie est si vive aux dernières côtes qu'on peut à peine effleurer la peau sans exciter la souffrance.

De la clavicule à la fosse iliaque l'œdème est général, mais plus marqué aux fausses côtes et sur la ligne axillaire ; la portion inférieure droite du thorax est voussurée ; la moitié droite (au niveau de l'appendice xiphoïde) mesure 37 centimètres et la moitié gauche 35.

La matité, sur la ligne mamelonnaire, s'étend de la 4e côte à une ligne tranversale passant par l'ombilic, sur la ligne axillaire ne semble pas remonter aussi haut, au creux épigastrique descend jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, et derrière

le sternum se confond avec celle du cœur qui n'est pas dévié. Ainsi la ligne de sa démarcation supérieure serait une courbe à convexité supérieure.

En arrière, la sonorité thoracique est seulement affaiblie au-dessous de la pointe de l'omoplate, surtout vers l'aisselle : elle est aussi un peu diminuée à la base vers la colonne vertébrale. Dans toute la portion inférieure, on trouve une certaine faiblesse de la respiration avee diminution des vibrations thoraciques.

En avant la partie supérieure du thorax a une sonorité normale ; la respiration y est naturelle jusqu'au niveau du mamelon ; en ce point, c'est-à-dire à la limite supérieure de la matité, vers la ligne axillaire, est perçu un léger frottement. Pas d'œgophonie, pas de pectoriloquie aphone, ni en avant ni en arrière.

Au reste, tout ce côté droit est animé de si faibles mouvements respiratoires qu'il faut une grande attention pour y voir les côtes se soulever.

Le 29 mai l'opération est faite par M. Monod.

Sur une aiguille exploratrice, introduite dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire, on fait une incision longue de 5 centimètres, cachée dans le sillon sous-mammaire et qui permet d'arriver sur une plèvre épaissie, dont l'ouverture donne un demi litre de pus verdâtre, épais, sans odeur. Au fond de la plaie, vers le bord droit du sternum, se voit une masse gris-rougeâtre ressemblant au foie ce doit être le poumon hépatisé, car l'index introduit dans la plaie peut sentir en bas la paroi de la poche limitée par le diaphragme et en haut une concavité inférieure formée par le poumon recouvert de fausses membranes. Cette cavité mesure 20 centimètres de profondeur verticale. Une fois vidée de ses détritus et grumeaux de pus, elle est badigeonnée sur ses parois avec un long pinceau imbibé de naphtol camphré. — Lavage boriqué, double drain, pansement iodoformé).

Le soir, amélioration de l'état général ; T. 38,2.

Le lendemain (T. 37°) la sonorité et la respiration, en avant, restent normales ou sommet, du mamelon au rebord costal, sonorité tympanique ; au-dessous des côtes, matité hépatique jusqu'à l'ombilic. En arrière, mêmes signes locaux qu'avant l'opération.

Depuis cette époque, lavage boriqué tiède dès que la température atteint ou dépasse 38°. Le sixième jour, les deux drains sont remplacés par un seul.

L'appétit et les forces reviennent rapidement : la douleur a disparu, mais la toux et les nausées persistent, surtout après chaque lavage, fait pourtant le plus doucement du monde pour éviter tout accident réflexe. Pas de diarrhée, pas d'albumine.

Un mois après, la fièvre a cessé, l'état général est excellent et la malade se lève : elle est en voie de guérison.

Exat le 8 août. La fistule thoracique est fermée.

La malade rentre à l'hôpital le 20 septembre pour de la toux, amaigrissement, sueurs nocturnes, et réapparition de la fistule pleurale.

Dix jours après, elle est prise d'accidents méningitiques, et à l'autopsie on trouve un trajet sinueux, vestige de l'ancienne pleurésie diaphragmatique ; les phénomènes méningitiques avaient été causés par un abcès du cerveau droit (1).

Obs. III. — *Abcès du foie.* — Léo. *Archives de médecine navale* 1891, t. 55, p. 265.

J. A..., 26 ans, sergent-major, entre à l'hôpital de Cherbourg en décembre 1890 : pour des douleurs dans l'hypochondre droit : il a fait campagne au Tonkin de février 1888. à mars 1890. Ses premières douleurs datent du mois d'août 1889, elles s'étendaient d'abord dans tout le côté droit et coïncidaient avec un mouvement fébrile très accentué. Il fut bientôt rapatrié et s'améliora pendant le voyage : mais depuis son retour en France, il a eu plusieurs poussées de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, on constate une fièvre intense, continue, à exaspérations vespérales, des douleurs dans le côté droit avec irradiations jusqu'à l'épaule ; de l'amaigrissement, de l'anorexie sans ictère. Le malade se plaint surtout de ses douleurs qui sont exagérées par les mouvements et principalement par la respiration. Le foie n'est pas hypertrophié, il commence à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon et la ligne de matité verticale mesure de sept à huit centimètres de hauteur ; il ne déborde pas les fausses côtes, sauf à la région épigastrique où le lobe gauche

1. *Arch. de médecine*, août-novembre 1892.

déborde de trois à quatre centimètres. Quant à la fièvre, elle affecte les allures d'une fièvre intermittente quotidienne, mais il semble au dire du malade, qu'il n'aurait jamais eu de fièvre paludéenne et que les mouvements fébriles auraient toujours coïncidé avec les crises hépatiques : d'ailleurs la régularité des exacerbations vespérales qui ne sont jamais retardées ni influencées par le sulfate de quinine, et le caractère spécial de cette hyperthermie qui ressemble à la fièvre hectique, font supposer que c'est bien une fièvre de suppuration. Le malade, interrogé avec insistance sur ce point important, assure que ni en Indo-Chine ni en France il n'a eu de dysentérie, ni de diarrhée, il est habituellement constipé, et ses selles en ce moment sont normales.

1er janvier. — Le malade semble de plus en plus présenter tous les symptômes d'un abcès du foie : on trouve un peu d'œdème de la paroi thoracique en arrière; la percussion fait constater à ce niveau une douleur localisée très vive; de plus la matité remonte jusqu'au neuvième espace intercostal. Le signe de frottement périhépatique n'est pas perçu.

Opération le 6 janvier. — Trois ponctions sont faites : la première en avant de la ligne mamelonnaire dans le huitième espace intercostal; la deuxième sur la ligne axillaire, dans ce même espace; la troisième en arrière de la ligne axillaire, dans le neuvième. Cette dernière seule donne du pus phlegmoneux, teinté de rouge : sur la canule du trocart comme guide on fait une large ouverture, en incisant en même temps peau, muscles intercostaux et parenchyme hépatique. Par l'ouverture large de huit à neuf centimètres, il s'écoule 500 grammes de pus épais.

Avec le doigt on constate que les parois sont constitués par le tissu hépatique, non ramolli et sans irrégularités ni trajets fistuleux périphériques. La cavité se vide facilement et l'on en fait le lavage avec deux litres de liqueur de Van Swieten, puis un litre d'eau boriquée : triple drain en caoutchouc. Pansement.

Le lendemain la fièvre a disparu aussi bien que les douleurs hépatiques : mais il y a des vomissements, des coliques avec ténesme, de la stomatite avec salivation : ces symptômes d'intoxication mercurielle durent 9 jours. Les jours suivants les lavages sont faits avec l'eau boriquée. Le dernier drain est enlevé le 19 janvier.

Exeat le 14 mars.

Obs. IV (résumée). —*Abcès du foie.* — Gallard. *Clinique médicale de la Pitié*, 1877, p. 301.

Un homme de 44 ans, alcoolique, fut pris en octobre 1868 de coliques vives et de diarrhée, qui fut suivie, quelques jours après, de selles sanguinolentes avec ténesme anal: il présenta, en un mot, tous les signes de la dysentérie. Il se plaignait d'un malaise général, avait de la fièvre, parfois des frissons, et l'appétit perdu: on avait d'abord diagnostiqué un épanchement pleurétique pour lequel on lui prescrivit l'application d'un vésicatoire. Quelque temps après, en mars 1869, il entra à l'hôpital.

A l'examen on était frappé de l'aspect particulier qu'il présentait: il était amaigri et sa physionomie portait les traces d'une longue souffrance: sa peau offrait une teinte jaunâtre, anémique. Il avait le pouls petit et fréquent; son appétit était perdu, et sa langue couverte d'un enduit saburral; son ventre était souple, mais un peu douloureux, il avait des selles liquides, fréquentes et peu abondantes. L'examen de la poitrine ne révélait l'existence d'aucune altération siégeant du côté gauche: à droite on constatait par la percussion une matité remontant jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse: l'auscultation permettait d'entendre quelques râles sous-crépitants disséminés, avec un léger bruit de frottement, mais on n'obtenait que des résultats négatifs quand on faisait parler ou tousser le malade. Le symptôme sur lequel il appelait particulièrement l'attention était une douleur vive, profonde, qu'il éprouvait au niveau de l'hypochondre: cette douleur s'irradiait jusqu'au-dessous de l'omoplate. En explorant la région de l'hypochondre on constatait qu'elle était manifestement déformée et que la saillie qui existait à son niveau avait effacé la trace des espaces intercostaux inférieurs. Cette saillie ne s'étendait pas en haut, au-delà du mamelon, en bas elle descendait jusqu'à la dernière fausse côte. La tumeur que formait cette saillie était mate à la percussion, elle était rénitente; et lorsqu'à sa surface on exerçait une pression même légère, on déterminait une douleur vive qui s'irradiait vers l'épaule, le long de la paroi thoracique et surtout du côté de l'épigastre.

En présence de tels symptômes le diagnostic fut d'abord indécis. Il existait bien quelques signes de pleurésie, mais ils ne présentaient pas un ensemble complet, mais une allure anormale. Ce

qui frappait surtout l'attention, c'était la douleur, développée par la pression de l'hypochondre droit, et plus particulièrement la saillie formée par l'élévation des fausses côtes, qui étaient déjetées en dehors et déterminaient une augmentation notable de la demi-circonférence du côté thoracique droit, supérieur de 4 centimètres à celle du côté gauche.

En présence de la dysentérie qui avait marqué le début des accidents, et persistait encore, on songea à la possibilité d'un abcès du foie. Quelques jours après, l'hypothèse devint certitude quand en examinant la tumeur on la trouva augmentée de volume, plus saillante et manifestement fluctuante.

Une application de pâte de Vienne fut faite au point culminant de la tumeur, à la partie externe du septième espace intercostal.

Une ponction exploratrice faite peu à peu sur l'eschare donna issue à du pus, bien lié, mêlé d'un peu de sang.

La peau et les couches sous-jacentes étant incisées, on ponctionna l'abcès avec un gros trocart à paracentèse abdominale. Il s'écoula au moins 250 grammes de pus phlegmoneux, de couleur lie de vin. Une sonde en gomme élastique fut introduite à travers la canule du trocart, qui fut ensuite retirée pour laisser la sonde à demeure. Les jours suivants, il y eut moins de fièvre et la tumeur s'était affaissée en partie. Les douleurs de l'hypochondre sont devenues plus sourdes, la diarrhée ne persiste plus. L'appétit est revenu, l'état général est meilleur. Au bout de 8 jours, on remplace la sonde par un tube à drainage pour rendre plus facile le lavage du foyer à l'eau tiède.

A partir de cette époque, l'amélioration continue et peu à peu le malade reprit ses forces; mais une fistule persista pendant toute une année.

Obs. V (résumée). — *Abcès du foie pris pour une pleurésie.* — Vedel. *Tribune médicale*, 1880, p. 245.

En 1869 entrait à l'hôpital de Médéah un homme de 35 ans, acclimaté en Algérie depuis 5 ans, sans antécédents alcooliques, syphilitiques ou paludéens. Depuis longtemps il souffrait d'une vive douleur à l'hypochondre droit, au niveau de la dixième côte; de là elle s'irradiait à la clavicule. En même temps toux opiniâtre, quinteuse; expectoration abondante; pas de réaction fébrile; appétit conservé et forces non modifiées. Au bout d'un

mois les douleurs avaient cessé et la toux était calmée.. Exeat.

En février 1880, un mois et demi après sa sortie, le malade revenait.

Ses douleurs avaient reparu, toujours vives à la dixième côte ; la respiration était difficile, la toux fréquente et par quintes ; mauvais état général.

Amaigrissement, teinte subictérique, anorexie, pas de fièvre.

Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation.

Sur la paroi abdominale, entre l'appendice xiphoïde et le pubis, sur la ligne médiane, existe un réseau à larges mailles de veines dilatées.

Le ventre est ballonné, sans ascite. T. 37. L'urine, de quantité et densité normales renferme 34 grammes d'urée par litre.

La localisation de la douleur, l'aspect subictérique du malade, la dilatation des veines superficielles de l'abdomen, l'absence de tout autre symptôme, pouvaient faire croire à une cirrhose atrophique.

Après quelques jours, apparaissait une tumeur quasi fluctuante du volume d'une noix, occupant les cinquième et sixième espaces intercostaux.

La douleur de l'hypochondre et de la clavicule étaient moins vives, mais réveillées par la pression.

En percutant le thorax à droite, on trouvait en avant une exagération de la sonorité dans toute l'étendue du poumon, en arrière une submatité en haut et une matité complète en bas.

A l'auscultation, à gauche, on entend en avant et en arrière dans tout le poumon des râles fins et humides : expiration prolongée ; à droite avec ces rales existent aux deux temps de la respiration des craquements fins et nombreux, perçus dans les 2/3 du poumon.

Aux deux tiers supérieurs du poumon, souffle léger et absence presque complète de murmure vésiculaire au tiers inférieur, celui-ci disparaît complètement.

L'aspect général est mauvais, et l'amaigrissement considérable. Insomnie, dyspnée, expectoration purulente, appétit nul. Pas de fièvre, ni diarrhée.

On pouvait diagnostiquer une pleurésie diaphragmatique, avec épanchement purulent, enkysté par des fausses membranes et dont le pus tendait à se frayer une voie à travers les cinquième et

sixième espaces intercostaux. Les râles humides et fins entendus à gauche, sont dus à une congestion pulmonaire : les craquements seraient des bruits pleurétiques. Les râles simulant ces gargouillements se passeraient dans une cavité close, enkystée dans la plèvre, et l'absence de murmure vésiculaire à droite et en bas serait la conséquence forcée de l'épanchement. L'autopsie prouva comme cette opinion était juste et non celle de tuberculose vers laquelle penchaient quelques médecins.

Le diagnostic ainsi posé, on fait l'empyème, en pratiquant une ouverture au niveau de la tumeur, et disséquant couche par couche : il s'écoule 1 litre 1/2 de pus blanc verdâtre, crémeux. Le diagnostic était donc confirmé, ou du moins semblait l'être. Un drain est laissé à demeure, et la cavité lavée chaque jour au chloral.

Mais l'état général reste mauvais, et 4 jours après le malade meurt.

A l'autopsie, au niveau du point ponctionné, on trouve une cavité pleine de pus, de la grosseur d'un œuf d'oie et limitée par de fausses membranes. Au niveau de la colonne vertébrale, quelques adhérences ; dans tout le reste de son étendue la plèvre est sans altération. Les poumons sont sains. La paroi abdominale enlevée, on voit que la convexité culminante du foie, ainsi que sa grosse extrémité, sont intimement unies à la voûte du diaphragme, de sorte que pour isoler l'organe il faut une vraie dissection ; celle-ci faite, on tombe sur un abcès énorme de forme sphéroïdale, creusé entièrement au-dessus et aux dépens du lobe droit. La portion correspondante du diaphragme a disparu. L'abcès, après s'être frayé une voie à travers la paroi costo-diaphragmatique, est venu déboucher supérieurement contre la plèvre pariétale entre la cinquième et la sixième côtes. Ainsi limité l'abcès occupe verticalement l'espace compris entre les cinquième et neuvième côtes : il mesure verticalement 12 centimètres et 11 centimètres horizontalement.

Obs. VI. (résumée). — *Abcès du foie avec abcès sous-phrénique pris pour pleurésie purulente.* — Rabaine. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1884, p. 264.

Un homme de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 11 avril 1884 : il n'a jamais quitté Bordeaux et ne fut jamais malade. Il

y a déjà 8 mois il ressentit dans la région lombaire des douleurs sourdes qui depuis ne l'ont point quitté. Puis survint un point de côté localisé aux septième et huitième espaces intercostaux ; en même temps petits frissons et diarrhée. Ces frissons ont cessé 3 semaines avant son entrée, mais la dyspnée et le point de côté ont persisté.

A son entrée, amaigrissement, faciès jaunâtre ayant le teint cachectique des cancéreux ; inappétence, céphalalgie, lumbago et point de côté à la septième côte. A l'inspection du thorax, les espaces intercostaux à droite sont voussurés, à gauche excavés : pendant la respiration la moitié droite du diaphragme est immobilisée. Sur la partie latérale droite de la poitrine, au niveau des cinquième, sixième et septième côtes, tumeur acuminée, violacée, à fluctuation profonde, et dont le sommet est au sixième espace, à grand diamètre horizontal.

Au cordeau la mensuration du thorax donne au niveau de la partie la plus saillante 47 centimètres à droite et 42 à gauche ; à 4 doigts au-dessous des mamelons 42 centimètres à droite et 40 à gauche. A la palpation œdème considérable des parois thoraciques jusqu'à la deuxième côte en haut, jusqu'au rebord inférieur des côtes en bas.

Vibrations thoraciques abolies à droite. La percussion du côté droit donne en avant une matité qui s'étend d'une horizontale passant par le mamelon jusqu'à une horizontale menée par l'ombilic. Du mamelon, la ligne supérieure de matité descend obliquement jusqu'à un doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde pour se confondre avec la matité du foie qui s'étend dans l'hypochondre gauche à 3 doigts au-delà de la ligne médiane. Puis cette ligne de matité descend obliquement de gauche à droite pour rejoindre la limite inférieure, à 1 centimètre en dehors de l'ombilic, en passant à 1 doigt au-dessus de ce dernier. En arrière, à droite, la matité est plus intense sur la ligne axillaire, et s'étend de la sixième côte à une horizontale menée par la deuxième vertèbre lombaire. A gauche sonorité normale. A l'auscultation silence en bas et à droite ; agophonie en avant et en arrière à la limite supérieure de matité. Pas de pectoriloquie aphone. Respiration soufflante dans le reste du poumon droit.

Le bord antérieur du foie est au niveau de la ligne inférieure de matité.

T. 39 °. Mauvais état général. Selles noires et fétides. Urines sans albumine.

12 avril. — Frissons répétés. Dyspnée ; point de côté.

Une ponction faite au sommet de la tumeur du sixième espace intercostal donne 3 litres d'un liquide purulent, couleur chocolat.

Amélioration notable ; la douleur et la dyspnée ont presque disparu. L'étendue de la matité a considérablement diminué.

20 avril. — Nouvelle ponction avec le trocart courbe, dont la canule est laissée en place : lavage avec siphon de Potain.

28. — Malgré les lavages répétés, la canule est fréquemment obstruée, la fièvre a reparu (39°), avec sueurs fréquentes ; dyspnée et diarrhée.

Mort le 17 mai.

A l'autopsie, les parois thoraciques sont infiltrées de pus : il y a de la nécrose des sixième, septième, huitième et neuvième côtes droites. Les cavités pleurales sont libres et vides à gauche et dans la partie supérieure droite.

Du côté droit, le diaphragme est intimement soudé aux côtes et au poumon par d'épaisses adhérences : le poumon accollé au diaphragme était ainsi refoulé jusqu'à la cinquième côte. Au-dessous du diaphragme on tombe dans une grande cavité purulente, limitée en haut par ce muscle, en avant par la face antérieure du foie et des adhérences péritonéales, en dehors par la face interne des côtes, et en arrière par le hile du foie et le bord externe du rein droit. La limite intérieure de cette cavité est devenue manifeste quand le foie fut enlevé et laissa voir sur sa face convexe et son bord droit une vaste échancrure purulente, grosse comme une tête de fœtus : cette cavité était limitée par du tissu hépatique, tout déchiqueté, dont quelques lambeaux rougeâtres flottaient dans le pus.

Obs. VII. — *Abcès du foie simulant une tuberculose pulmonaire.*— Köllner et Schlossberger. *Deutsches Archiv. für Klinische Medicin.*, 1883, p. 605.

Un aliéné de Saint-Quirin (district de Sarrebourg), fut conduit en mai 1880 à l'asile de Sarreguemines : son état général était excellent. Au bout de 6 mois il perdit ses forces et maigrit rapidement : son poids tomba de 66 à 56 kilogrammes ; malgré une toux

continuelle et de la fièvre, l'examen des organes, surtout des poumons, ne donna rien.

Après une légère amélioration, en février 1881, l'état redevint mauvais, et le malade expectora des crachats abondants muco-purulents, rougeâtres ; fièvre à exacerbations vespérales : douleurs dans le eôté droit.

Repos au lit. Respiration très faible. Râles disséminés.

Durant le mois de mars, la fièvre est continue, avec rémissions matinales ; les crachats sont abondants, sans quintes de toux particulières ; ils deviennent bientôt très sanglants, rouge brique, de consistance visqueuse, non fétides, et montrant au microscope des fibres élastiques.

Cependant l'appétit est perdu, les forces diminuent et l'amaigrissement fait de rapides progrès. Sueurs nocturnes.

Diarrhée abondante, avee lambeaux de muqueuse sanguinolents. Les phénomènes pulmonaires sont insignifiants et insuffisants à expliquer les symptômes antérieurs. Rien d'anormal dans les autres organes : cœur, rate et foie normaux en apparence.

Au commencement d'avril, la diarrhée qui devient à peu près constante renferme souvent du sang. Les crachats avaient toujours le même aspect, mais au milieu du mois leur abondance diminua. Puis tout à coup, dans la nuit du 15 au 16 avril, après une température de 40°, survint une expectoration très abondante de crachats purulents, très fétides, brunâtres : ils restèrent dans la suite plutôt purulents que sanglants, et contenant des fibres élastiques.

Le 25 avril fut constaté un épanchement pleural droit : matité absolue en arrière à partir du milieu de l'omoplate ; en avant à partir de la quatrième côte et suppression de la respiration.

Le 29 avril, mort.

A l'autopsie, on trouva un volumineux abcès du lobe droit du foie qui avait perforé le diaphragme et déterminé une grande cavité siégeant à la fois dans le poumon et dans le foie. Dans le poumon l'abcès communiquait avec une bronche du lobe inférieur et par une ouverture de la grosseur de 20 pfennigs avec la cavité pleurale.

La première communication avait dû se faire au moment de la vomique dans la nuit du 15 au 16 avril, et la seconde immédiatement avant l'épanchement pleural découvert le 25.

La cause de cet abcès resta inconnue. Il n'y avait pas d'œdème de la région : dans la plèvre droite deux litres de liquide fétide, couleur café au lait, où nagent de nombreux flocons. Le poumon droit est uni à la paroi thoracique par des adhérences nouvelles et faciles à rompre. La base de ce poumon est adhérente au diaphragme, qui est lui-même intimement uni à la surface supérieure du lobe droit du foie. En cherchant à les séparer, on tombe dans une cavité purulente hépatique, de la grosseur d'une tête d'enfant, qui a perforé le diaphragme et s'étend profondément aussi bien dans le parenchyme du foie que dans le lobe inférieur du poumon.

La cavité est remplie de pus jaune, visqueux ; les parois en sont épaisses, couenneuses, inégales et comme rongées.

Dans le foie, à la limite des lobes droit et gauche, près du bord antérieur se trouve un second abcès, de la grosseur d'une noisette, et rempli de pus jaune, épais.

Sur la muqueuse de l'intestin grêle nombreuses ecchymoses.

L'intérêt de ce cas est dans le début insidieux, presque sans symptômes ni douleurs. La toux avait fait croire à une phthisie sans symptômes objectifs : une fièvre continue avec exacerbations vespérales ne pouvait que confirmer cette opinion, jusqu'à ce que l'attention fût attirée sur un autre organe par le rejet de crachats rougeâtres, qui ne contenaient d'abord aucunes fibres élastiques. L'abondance de cette expectoration et l'origine de la pleurésie droite furent expliquées par l'autopsie.

Obs. VIII (résumée). — *Abcès du rein pris pour un abcès du foie.* — Gallard. *Clinique médicale*, p. 298.

Une femme au teint pâle, à la face grippée, souffrait depuis plusieurs mois d'une douleur intense au niveau de l'hypochondre droit. On constatait dans cette région une saillie considérable, douloureuse spontanément et à la pression. Cette tumeur était arrondie, globuleuse, de la grosseur du poing d'un adulte et donnant une sensation nette de fluctuation; elle se continuait avec la matité du foie, et quoiqu'elle fût située un peu bas, du côté de la fosse iliaque, on crut pouvoir l'attribuer à un abcès du foie; en tout cas la présence d'une collection liquide et même purulente était évidente, et l'on fit une ponction au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Il s'écoula immédiatemen

environ 200 grammes de pus jaunâtre et bien lié, et la malade éprouva un soulagement notable qui se maintint plusieurs jours, au bout desquels il ne sortit plus de pus par la canule laissée à demeure ; puis survinrent des accidents de septicémie qui emportèrent la malade en 10 jours.

A l'autopsie, on trouva un abcès siégeant non dans le foie, mais dans le rein droit, qui avait été complètement détruit par la suppuration, et se trouvait transformé en une vaste poche purulente, anfractueuse, qui ne contenait pas de calculs.

Cet organe avait contracté des adhérences tellement intimes avec le foie, et l'avait tellement refoulé en bas et en avant, que ce dernier se trouvait aplati et réduit à une mince lame, recouvrant le rein dans ses deux tiers supérieurs. C'est à travers cette lame de tissu hépatique que l'on avait perçu la fluctuation, et le trocart l'avait traversée pour arriver jusqu'au foyer purulent.

Obs. IX (résumée). — *Abcès du foie sans cause, ayant simulé une fièvre typhoïde.* — Arnaud. *Marseille médical*, 1887, p. 146.

Le 28 octobre 1885, entrait à l'hôpital de la Conception de Marseille un journalier de 19 ans qui n'avait jamais eu de diarrhée ni de dysentérie : pas d'impaludisme, pas d'alcoolisme.

Malade depuis 15 jours, il se plaignait de courbature, avec céphalalgie, d'étourdissements et de fièvre avec exacerbations vespérales, sans frissons.

Le visage exprime la stupeur ; la langue est salle, saburrale, un peu rouge sur les bords; le ventre ballonné, surtout au niveau du creux épigastrique ; léger gargouillement dans la fosse iliaque droite : selles diarrhéiques à la suite d'un purgatif, plus tard remplacées par de la constipation. On croit apercevoir quelques taches rosées; la rate semble volumineuse, mais ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation de la matité hépatique avec une résistance spéciale à la palpation de l'épigastre.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais la base de la poitrine paraît élargie du côté droit ; les côtes sont un peu portées en dehors et leur obliquité est sensiblement diminuée.

La matité du foie remonte presque jusqu'au mamelon. Pas de traces de fluctuation, pas de douleur spontanée dans la région de l'hypochondre droit ; la pression au niveau du foie est à peine sensible.

Pas d'ictère. A l'auscultation, râles de congestion dans les poumons en arrière et aux bases, un peu plus marqués du côté droit. Le diagnostic fut d'abord hésitant. L'exploration du foie démontrait une augmentation de volume de l'organe ; mais le peu de sensibilité à la pression, la date relativement récente de la maladie, la marche de la fièvre continue sans frissons, ni sueurs, l'absence de cause de maladie aiguë du foie, tout cela fait éliminer une affection primitive de cet organe, et l'on pense à une fièvre typhoïde avec légère congestion hépatique.

4 novembre. — Le sixième jour de son entrée, le malade se plaint d'une très vive douleur à la base droite de la poitrine, avec dyspnée intense et exacerbation de la fièvre. A l'auscultation, matité en arrière et à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate : disparition du murmure vésiculaire, pas de souffle ni râles ; diminution des vibrations qui restent pourtant perceptibles dans une assez grande étendue de la matité.

Diagnostic : Pleurésie avec épanchement.

Le lendemain, délire et mort.

A l'autopsie, pas d'ulcérations intestinales.

Abcès du foie siégeant à la face convexe du lobe droit, et contenant environ 500 grammes de pus épais, lie de vin : Foie très adhérent au diaphragme, qui est perforé et a laissé passer dans la plèvre, une partie du pus de l'abcès hépatique. Pas de perforation du poumon. Il n'y a pas d'adhérences péritonéales au devant de l'abcès, entre la paroi thoraco-abdominale et le foie, mais seulement quelques plaques de périhépatite à la face antérieure de la glande.

Obs. X (résumée). — *Abcès du foie pris pour granulie ou dothiénentérie.* — Chevallier. *Gaz. médic. de Nantes*, 1888, p. 40.

Le 19 novembre 1888, entrait à l'Hôtel-Dieu, un marin, bien constitué, dont l'état général était satisfaisant : diarrhée depuis huit jours : pas de fièvre, ventre non ballonné, ni douloureux : on crut à une simple entérocolite.

21 novembre. — Violent accès de fièvre : T. 40°,3. P. 110°. A l'auscultation, râles soufflants et sibilants dans toute la poitrine. Les deux jours suivants l'état reste grave : les phénomènes stéthoscopiques se modifient peu.

Le soir, T. 40°, le matin, T. 38°. Diarrhée abondante : 8 à 12 selles par jour, non sanglantes. Pas de vomissements ; langue sèche et rouge.

A partir du 25, on n'observe plus les grandes oscillations de température, qui persiste à 39°. A ce moment un nouveau symptôme survient ; c'est une dyspnée très intense. L'auscultation ne révèle pas de modifications pulmonaires ; toutefois à la base du poumon droit on entend des râles très nombreux et gros, une espèce de gargouillement. Toute la moitié droite du diaphragme est immobilisée. Quoique le malade n'accuse pas de douleur de ce côté, l'attention est attirée vers le foie. Il est hypertrophié : en haut, ses limites sont difficiles à établir ; en bas, il déborde les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt. A la palpation rien d'anormal ; pas de bosselures, ni de fluctuation. Le malade n'en souffre pas spontanément ; seule la pression détermine de la souffrance. Malgré ces symptômes négatifs, on pense à une hépatite, surtout parce que le malade est marin.

Le malade questionné apprend qu'il a eu une violente dysentérie en Cochinchine, en 1869 : il est resté alors plusieurs mois à l'hôpital de Saïgon, pour cette dysentérie et pour une maladie du foie. Depuis lors on ne trouve rien du côté du foie, ni du gros intestin. Pendant 19 ans, santé excellente.

L'importance des lésions que révèle l'auscultation laisse supposer une granulie avec pleurésie diaphragmatique, et en même temps un peu d'hépatite et de périhépatite. A la suite d'application de vésicatoires les signes stétoscopiques s'amendent, surtout dans le poumon gauche et au sommet du poumon droit. A la base de ce dernier, les râles ont persisté jusqu'à la fin.

Le 29. — Les selles du malade devinrent brusquement sanglantes, mais sans caractère dysentérique. On hésite entre granulie et dothiénentérie.

Fièvre rémittente à exaspérations vespérales. Langue sèche, grillée ; anorexie, ventre douloureux dans la fosse iliaque droite et gauche. Diarrhée et hémorrhagies intestinales. Pas de stupeur, pas de céphalalgie, ni épistaxis, ni taches.

Le 1er décembre et les jours suivants, diarrhée sanguinolente. La fièvre disparaît peu à peu ; la température ne dépasse pas 38°,4. P. 80° à 90.

6 décembre. — État général grave : pouls à peine perceptible ;

T. 37°,5, grande faiblesse. Extrémités glacées, selles nombreuses, sanglantes. Mort.

A l'autopsie, le 8. — On trouve dans la cavité péritonéale trois litres de liquide citrin. Péritoine sain, un peu épaissi, sans granulations tuberculeuses : pas d'adhérences entre les anses intestinales. Le foie hypertrophié remonte jusqu'au sixième espace intercostal ; il est très adhérent au diaphragme. En essayant de rompre ces adhérences, on crève un volumineux abcès de foie, siégeant à la partie supérieure du lobe droit et à sa face convexe : il s'en écoule environ un demi litre de pus épais, jaunâtre. Le tissu encore sain du foie est très friable : les parois de l'abcès sont anfractueuses et délimitées. Estomac et intestin grêle sains ; muqueuse du gros intestin très congestionnée : en de nombreux points, ulcérations étendues et profondes, témoignant de lésions déjà anciennes. Poumons congestionnés, lésions de bronchite, marquées surtout à la base, complètement splénisée et adhérente au diaphragme. Pas de tubercules.

Obs. XI (résumée). — *Abcès du foie pris pour un kyste hydatique suppuré. — Autopsie.* — Hirtz. *Société anatomique*, 1875, p. 133.

Une femme de 49 ans entrait à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Brouardel, le 3 février 1875.

Elle est née à Paris qu'elle n'a jamais quitté : pas de syphilis pas d'alcoolisme. Il y a 15 mois elle fut prise dans la région hepatique d'un point de côté douloureux, sans ictère, ni embarras gastrique.

En décembre 1874, anorexie, digestions pénibles, alternatives de diarrhée et de constipation, le soir accès de fièvre, durant une partie de la nuit. Amaigrissement rapide.

Lors de son entrée, état général mauvais ; traits tirés, abdomen augmenté de volume, parois sillonnées de veines dilatées, la circulation porte paraît gênée. Pas d'hémorrhoïdes.

Par la percussion et la palpation, on reconnaît que le foie forme une tumeur volumineuse qui occupe l'hypochondre droit, la région épigastrique et l'hypochondre gauche. En haut il s'élève au-dessus du rebord costal de 5 centimètres sur la ligne mamelonnaire : en bas il déborde ce rebord costal de 17 centimè-

tres. La palpation en est douloureuse ; il n'y a ni frémissement, ni fluctuation. OEdème de la paroi, pas d'ascite. La rate est normale ; rien au cœur. Inappétence ; pas de diarrhée : selles normales. Urines un peu biliaires, sans sucre ni albumine. Quantité : 800 grammes avec 8 gr. 82 d'urée.

Les jours suivants la matité du foie remonte sans que la limite inférieure se modifie. Température 38 à 39°,5. L'état général s'aggrave. Cachexie. M. Brouardel pense à un kyste suppuré du foie.

10 février. — Broncho-pneumonie qui empêche de faire une ponction. Mort le 17.

A l'autopsie, au-dessous du ligament coronaire, on voit la surface convexe du foie refoulée par une tumeur fluctuante qui répondait à la face inférieure des fausses côtes. On incise la paroi de la tumeur, et 600 grammes de pus, coloré par de la bile, s'écoulent. Sur toute l'étendue des parois de l'abcès s'ouvrent des orifices de canalicules biliaires qui laissent écouler par la pression une bile muqueuse. M. Cornil a constaté que l'abcès est creusé dans la substance même du foie et qu'il ne saurait être considéré comme un kyste dégénéré. Cette femme n'a jamais quitté Paris; marchande des quatre-saisons elle appuyait les brancards de sa charrette sur sa région hépatique ; peut-être pourrait-on dans l'étiologie faire entrer en ligne de compte cette cause d'irritation du foie.

Obs. XII. — *Abcès de foie, où l'obscurité des symptômes n'a pas permis le diagnostic pendant la vie.* — Chomel. *Gazette des hôpitaux*, 1842, p. 23.

Une femme de 35 ans, sujette aux douleurs de tête, fut prise subitement de malaise général, de vertiges et de vomissements : grande faiblesse, décubitus dorsal ; anurie. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde. La langue était sèche, noirâtre, les lèvres recouvertes d'enduit brunâtre avec éruption herpétique. Pouls petit. Pas de gargouillement dans l'abdomen, pas de météorisme, ni d'épistaxis.

L'excrétion si peu abondante de l'urine, sa couleur rouge, le défaut d'albumine appelèrent l'attention du côté des reins et firent soupçonner une néphrite dont les vomissements eussent été sym-

pathiques : on pouvait d'autant mieux le croire qu'il était survenu un œdème graduel des membres et du tronc. D'un autre côté, ce phénomène rapproché de l'extrême faiblesse du pouls pouvait inspirer des inquiétudes sur l'état du cœur, et bien que l'auscultation ne pût faire reconnaître de lésion de cet organe, on pouvait craindre la formation dans sa cavité soit de caillots, soit de fausses membranes. On ne peut être fixé pendant la vie..

A l'autopsie on trouva dans le foie, un abcès de volume d'un œuf de poule, situé à la partie supérieure du grand lobe, au voisinage de la veine cave et de la veine porte, dans lesquelles il a laissé couler le pus. Le parenchyme du foie qui l'entoure est partout tapissé d'une fausse membrane. La situation de cet abcès explique qu'il n'ait pu être reconnu pendant la vie. En effet, placé loin de la vésicule et des vaisseaux biliaires, il ne pouvait comprimer ces organes ni apporter aucun trouble dans leurs fonctions. La malade n'avait jamais accusé de douleurs dans l'hypochondre droit. Les phénomènes observés pendant la vie ont dû se manifester quand le pus a commencé d'être versé dans les veines voisines de son foyer.

Ce fait est curieux à cause de l'impossibilité du diagnostic.

Obs. XIII (résumée). — *Abcès du foie par calculs.* — Thomas et Reynaud. *Archives de médecine navale*, 1887, t. 47, p. 229.

Un soldat de Madagascar, ancien dysentérique, entre à l'hôpital en novembre 1886 pour une douleur vive dans la région hépatique, de l'amaigrissement et de la faiblesse : quelques douleurs dans l'épaule droite. Peu à peu une voussure se dessine, douloureuse, au niveau du rebord costal ; les côtes présentent à ce niveau une courbure très marquée et la peau y est adhérente d'une façon remarquable aux tissus sous-jacents. La matité du foie décrit une courbe à convexité supérieure, tangente au mamelon et descendant brusquement à partir de ce point vers la ligne médiane ; enfin le foie déborde les fausses côtes et ses dimensions mesurent douze centimètres sur la ligne médiane et seize sur la ligne mamelonnaire.

11 octobre. — Tumeur plus saillante, fait une pointe dans le huitième espace intercostal ; la peau y est adhérente et la fluctuation profonde assez nette. La tumeur a le volume d'une poire moyenne et se détache nettement des parties voisines.

13. — On fait dans le foie deux ponctions sans résultat. Une troisième ponction faite le 15 donne du pus, de couleur chocolat.

Le 23 — On incise au bistouri le sommet de la tumeur, parallèlement à l'espace intercostal, le long du bord inférieur de la huitième côte, et sur la ligne mamelonnaire. Il s'écoule un pus jaune en abondance.

Le 25. — On trouve dans le pansement une grande quantité de calculs biliaires de couleur verdâtre ; deux d'entre eux ont le volume d'un haricot. En pressant la tumeur, on en fait sortir quelques-uns. Le 26, issue de nouveaux calculs; pus jaunâtre. Un stylet pénètre obliquement en bas à une profondeur de six centimètres dans un trajet fistuleux d'où l'on extrait encore quelques petits calculs. Pas de fièvre, pas de douleur locale, pas d'ictère.

31 décembre. — Le malade jusqu'à ce jour a rendu 41 calculs.

24 janvier. — Guérison; en tout 115 concrétions biliaires ont été éliminées.

Obs. XIV. — *Abcès du foie par traumatisme; formation rapide, sans douleurs.* — Sale. *The médical Press and Circular*, 1891, p. 349.

Le 11 novembre 1890 je fus appelé auprès d'un homme de 45 ans qui avait été volé et rossé 15 jours auparavant : depuis cette époque il avait une toux légère, de la fièvre, une douleur vive dans la région du foie, des nausées et de la constipation. Il racontait qu'il avait d'abord reçu un violent coup de poing sur le nez et la bouche, et que les genoux des voleurs s'étaient fortement appuyés sur sa poitrine.

Diagnostic : Congestion du foie avec bronchite et pneumonie.

Deux jours après, la toux augmentait, ainsi que les nausées et la douleur dans la région du foie. Au toucher pas d'augmentation sensible de la région : pas de frissons, ni de symptômes fébriles appréciables. Au bout de huit jours, le poumon droit était encore congestionné; mauvais état général, délire continuel ; foie très dur et augmenté de volume : on conclut à un abcès du foie. Le malade meurt deux jours après.

A l'autopsie, on trouve le foie adhérent à la paroi abdominale sur une largeur de paume de main, et l'on tombe sur un

abcès du foie contenant une pinte de pus épais, non fétide. Poumon droit congestionné. Pas de péritonite. Autres organes sains.

Obs. XV. — *Sur une suppuration au foie, à la guérison de laquelle il paraît que l'usage des cerises n'a pas peu contribué. Expectorations et selles purulentes. Guérison.* — Desperrières. *Histoire de la société royale de médecine*, Paris, 1780, p. 210.

Le 15 mai 1776, un jeune homme rentré chez lui sans précaution après s'être échauffé à jouer à la longue paume, fut attaqué deux jours après d'une douleur sourde et gravative dans tout l'hypochondre droit, avec difficulté de respirer, toux sèche, peu fréquente, élévation et tension très marquée dans la région du foie, sur laquelle on ne pouvait appuyer sans augmenter l'intensité de la douleur. Les accidents étant accompagnés d'envies de vomir, le ventre étant resserré, les urines fort colorées et peu abondantes, la langue étant sèche, la soif ardente, la joue droite fort rouge et le reste du visage d'un blanc-jaunâtre, je jugeai avec d'autant plus d'assurance que le jeune homme était attaqué d'une inflammation au grand lobe et à la partie moyenne du foie que la douleur s'étendait de l'hypochondre droit jusqu'au milieu de l'épigastre vers le cartilage xiphoïde, et qu'une fièvre vive avec un pouls fort serré et des agitations continuelles formaient une réunion de symptômes qui ne me permettaient plus de méconnaître ni le siège, ni la nature de la maladie; ce fut pour en combattre efficacement les progrès que je prescrivis dans l'espace de 5 jours 9 saignées.

Le sixième jour les accidents n'étant que peu diminués, j'annonçai que cette inflammation prendrait malgré mes soins la voie de suppuration. En effet, dès le 15 la fièvre tomba sensiblement, mais le 16 le malade ayant ressenti un frisson qui fut suivi de chaleur et de sueurs, j'assurai alors positivement qu'il y avait suppuration au foie, et ce qui venait à l'appui de mon assertion, ce fut le retour irrégulier de pareils frissons jusqu'au vingt-et-unième jour de la maladie qui fut l'époque où on purgea le malade, sans qu'à la suite des évacuations son état parut changer du vingt-et-un au vingt-cinquième jour, auquel il ressentit un étouffement qui ne diminua le lendemain que par une expecto-

ration marquée de pus, qui les jours suivants fut plus abondante et plus manifeste. Le 30, une copieuse évacuation de pus par les selles s'étant jointe à l'excrétion qui s'en faisait déjà par les crachats, et ces selles ayant été fréquentes pendant 10 jours, sans que le malade éprouvât un soulagement sensible, il parut à la suite de ces évacuations dans un état de marasme auquel je cherchai à m'opposer, en lui prescrivant une boisson vulnéraire et béchique, et un bol à prendre le matin et le soir, fait avec le baume de Canada et le sucre.

Parvenu au vingt-cinquième jour de la maladie, terme où la suppuration ne paraissait plus si abondante, le malade eut un désir violent de cerises ; il le communiqua à sa garde qui le satisfit. Il y avait déjà 3 jours qu'on lui en donnait une livre tous les matins, lorsque je le surpris dans le moment qu'il en mangeait. M'ayant avoué ce qu'il m'avait caché jusqu'alors, je lui fis à cet égard des représentations que je croyais fondées ; mais ses instances pour obtenir la permission de manger de ces fruits allant jusqu'aux larmes, je me déterminai d'autant plus aisément à lui en accorder que depuis qu'il en faisait usage son état n'avait pas empiré. Livré à ce régime pendant 15 jours, les selles devinrent moins fréquentes et moins chargées de pus, ainsi que les crachats, et le malade entra dans une convalescence qui fut bientôt suivie d'une santé parfaite.

Le pus formé dans le foie a pu se faire jour et passer au travers du diaphragme jusqu'au poumon, et d'une autre part il a pu sortir par les conduits biliaires et couler dans les intestins par le conduit cholédoque, ou y pénétrer par une ouverture faite au colon dans le lieu d'une adhérence de cet intestin avec le foie.

Obs. XVI. — *Abcès du foie. Fausse fluctuation, incision blanche. Evacuation par les urines. Guérison.* — Hashimoto (de Tokio, Japon). *Archiv. für klinische Chirurgie von Langenbeck*, 1885, p. 38.

Un soldat de 24 ans fut reçu le 27 janvier 1878 à l'hôpital militaire de Tokio. Deux ans auparavant, au cours d'une expédition, il fut pris de fièvre intermittente : depuis cette époque il se fatiguait rapidement et souffrait souvent de vives douleurs dans la région du foie qui pourtant n'était pas hypertrophié.

A son entrée à l'hôpital, la respiration est pénible, la langue chargée, anorexie absolue, constipation opiniâtre. P. 110. T. 39°,3. L'hypochondre droit est augmenté de volume, et la région du foie douloureuse à la pression. L'hypertrophie du foie présente les dimensions suivantes : le bord supérieur de l'organe s'étend jusqu'à la troisième côte, et la matité s'étend à gauche jusqu'au bord gauche du sternum; en bas elle descend jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; en arrière, jusqu'aux muscles de la région lombaire : toute la moitié droite de la poitrine et de l'abdomen est soulevée. Les urines sont brunes, sans pigment biliaire appréciable ; peu d'albumine : densité 1009. Selle modérée après un lavement.

12 février. — Grand frisson dans la nuit, après lequel la température atteint 39°,7. Ce symptôme et la tumeur presque fluctuante qu'on sent sous le rebord costal me font croire qu'il y a dans le foie un foyer de suppuration : je fis le lendemain une ponction exploratrice sans résultat. Malgré cet insuccès, au point où la fluctuation était appréciable, je fis une incision verticale, longue de 9 centimètres, partant du rebord costal, couche par couche, coupant successivement la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, le fascia et le muscle droit. Après dissertion du muscle droit, je parvins sur la paroi postérieure de sa gaîne.

Je ne sentais plus de fluctuation hépatique : la pseudo-fluctuation parfaitement perceptible avant l'incision avait disparu. Je n'allai pas plus loin. Cette pseudo-fluctuation était probablement due au soulèvement partiel du muscle droit par le foie augmenté de volume. Après l'incision, le malade se sentit assez bien ; la douleur sourde de la région avait diminué, sans doute aussi à cause de la détente survenue dans les muscles de la paroi. Je résolus d'attendre que la fluctuation devînt vraiment sensible.

Du 16 au 19 février. — Un grand frisson après lequel la température monta à 39°,3. Même état de fièvre du 20 au 27.

Le 27. – Au matin, on découvrit dans l'urine un précipité blanc, laiteux, formé de globules de pus : la réaction était alcaline. Après un frisson, T. 39°,5. Les globules de pus que contient l'urine peuvent provenir de la rupture de l'abcès hépatique dans le bassinet, dans l'uretère ou dans la vessie.

Pour savoir si cette évacuation du pus se faisait directement dans la vessie, j'y injectai avec un cathéter 20 onces de lait

d'après la méthode de Simon : le poids du lait retiré ensuite de la vessie était de 17 onces ; il était donc évident par ce résultat qu'il n'y avait pas d'ouverture dans la vessie. Restait encore la possibilité d'une ouverture de l'abcès dans le bassinet ou l'uretère.

Le 2 mars. — Le malade se sentait mieux ; ses douleurs hépatiques avaient bien diminué, même à l'inspiration profonde. En même temps, l'augmentation de volume de la région disparut peu à peu ; seule persistait une matité plus étendue du foie.

Ainsi jusqu'au 19 mars du pus fut évacué par les urines.

16 avril. — Le malade commence à se lever, mais les globules de pus sont plus nombreux dans l'urine, et le malade souffre un peu de la région rénale droite.

5 mai. — Il quitte l'hôpital, mais la matité du foie est toujours augmentée.

Au mois de septembre, il ressentit de nouvelles douleurs dans la région hépatique et entra de nouveau à l'hôpital : cette fois la voussure de l'hypochondre n'était pas si considérable : depuis quelques jours l'urine renfermait du pus. Après cette nouvelle évacuation purulente, survint une diminution considérable de la matité hépatique ; l'amélioration se fit rapidement et le malade sortit le 25 septembre. Depuis cette époque j'ai eu de ses nouvelles ; il est aujourd'hui complètement guéri.

Cet abcès se trouvait sans doute à la partie postérieure et inférieure du foie.

Obs. XVII. — *Abcès du foie, évacué par vomique. Guérison.* — Pimser. *Wiener medizin. Wochensch.*, 1883, p. 1254.

A la fin de mai 1883, un garçon de 21 ans, malade de dysentérie, fut amené à l'hôpital de Cattaro. Les selles muqueuses et sanglantes étaient involontaires ; en même temps le malade se plaignait de toux violente et de vives douleurs dans la portion inférieure de la cage thoracique droite. Fièvre et sueurs nocturnes.

A son entrée à l'hôpital, le malade, très amaigri, a un teint terreux et se plaint de grandes souffrances dans la région du foie. La matité hépatique s'étend, sur la ligne parasternale et mamillaire, de la quatrième côte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal : en arrière la matité n'existait que dans

les parties les plus inférieures du thorax. Dans toute la zône mate, absence de respiration. Rate augmentée de volume ; estomac et abdomen un peu dilatés. Chaque jour, 3 ou 4 selles liquides, brunâtres. Les douleurs du foie, perforantes et déchirantes, augmentèrent de plus en plus, et s'irradièrent bientôt dans l'épaule droite : elles étaient si intenses pendant la nuit, que les injections de morphine produisaient à peine une amélioration passagère.

En juillet elles diminuèrent de durée et d'intensité et cessèrent enfin au commencement d'août, en même temps que la fièvre qui durait déjà depuis 51 jours, avec le type rémittent irrégulier.

Le 27 août, dans l'après-midi, le malade ressentit en s'éveillant quelque chose de chaud dans la poitrine, puis il fut pris d'une violente quinte de toux avec douleur hépatique, et expulsa un crachoir entier de pus chocolat, la moitié de cette quantité fut encore rejetée dans la soirée. L'examen du thorax fait après cette évacuation montra dans les parties postérieure et inférieure une respiration faible, avec nombreux râles sous-crépitants, et en avant sous le mamelon une respiration bronchique. T. 39°,2. P. 120. Le soir à 10 heures, T. 38°,5. Collapsus assez marqué.

28 août. — T. le matin 37. P. 90. Le malade très affaibli a encore rendu pendant la nuit un crachoir du pus rouge brique, avec quintes de toux et vive douleur hépatique. Le lendemain des crachats analogues, mais en moindre quantité, furent encore expulsés.

29 août. — Une seule expectoration muco-purulente plus rosée.

Les jours suivants, l'appétit revient un peu. Sur le côté droit du thorax, en avant et en arrière, a la base, respiration faible avec râles sous-crépitants. La toux et l'expectoration diminuent, puis disparaissent. Un régime reconstituant améliora rapidement l'état du malade.

Le 2 octobre, la matité du foie ne s'étendait plus que de la cinquième côte à un travers de doigt sous le rebord costal : à droite et en arrière, il restait dans la zône la plus inférieure du thorax une matité encore nette, et une respiration toujours affaiblie.

Guérison du malade après 158 jours de séjour à l'hôpital.

Obs. XVIII (résumée). — *Abcès du foie en partie évacué par vomique et dans la plèvre et ouvert par la méthode de Little.* — Rozemont-Malbot. *Archives de médecine et pharm. milit.*, 1889, p. 209.

Un Arabe de Philippeville, âgé de 30 ans, avait chaque année depuis son enfance des accès de fièvre paludéenne.

Il présentait l'aspect classique du cachectique paludéen : le teint terreux, les muqueuses décolorées, presque jaunes, l'amaigrissement et la faiblesse, la rate hypertrophiée, dépassant de deux doigts le rebord costal, mais non douloureuse.

Le malade entre à l'hôpital à la fin de décembre 1888 pour une toux opiniâtre et de vives douleurs dans le côté droit, dont le début date de 15 jours. Dans la région postérieure de la base du poumon droit, on trouve une submatité bien nette, sans déformation appréciable, des frottements ou des râles sous-crépitants fins, difficiles à percevoir, car la respiration est très superficielle à cause de la douleur. Cette douleur, partie du foie, s'irradie dans toute la moitié droite du thorax jusqu'à la clavicule; toux quinteuse, sans crachats. Le foie déborde les cotes de un travers de doigt; il ne semble pas augmenté de volume. Symptômes d'embarras gastrique sans diarrhée, ni dysentérie. T. le soir 39°7.

Les atteintes antérieures de paludisme et l'état général font penser d'abord à une fièvre rémittente; peut-être y a-t-il en même temps une pleurésie diaphragmatique : mais on réserve le diagnostic de la lésion thoracique.

On donne un vomitif, puis du sulfate de quinine, en y ajoutant de l'ergotine comme correctif contre les bourdonnements d'oreille et les éblouissements produits par les fortes doses de quinine (Schilling).

23 décembre. — Pendant la nuit, le malade fut pris d'une violente quinte de toux, et il eut une vomique abondante de pus gris jaunâtre, épais, d'odeur fade, avec mucosités spumeuses. A la base droite, après cette vomique, la matité est à peu près complète, elle a augmenté d'étendue et dépasse en arrière l'angle inférieur de l'omoplate et en avant un peu le mamelon. Dans toute la zone mate on entend des râles muqueux assez nombreux et quelques frottements pleuraux. Le bord inférieur du foie s'est déplacé ; il est presque horizontal, et le lobe gauche débordant

les côtes a envahi la région épigastrique : sur la ligne axillaire la limite de la matité ne semble pas avoir varié. Peau saine sans œdème. Pression du foie indolore.

Pendant la journée, deux crachats de pus sont évacués.

24. — Une première ponction exploratrice est faite dans le lobe gauche ; la grosse aiguille de l'appareil Potain enfoncée horizontalement sous le rebord costal ne donne rien. Une seconde ponction, faite dans le huitième espace intercostal, de droite à gauche sur la ligne axillaire, donne du pus à 4 centimètres de profondeur : il est en tout semblable à celui que crache le malade. Il y a donc un abcès de la convexité du foie, abcès qui s'est frayé une voie au dehors par le diaphragme et le poumon.

L'expectoration purulente continue les jours suivants, et le 29 le malade vomit encore 250 grammes de pus.

Jusqu'au 2 janvier, la toux est continuelle avec crachats purulents.

Une nouvelle ponction, le 2 janvier, fournit 300 grammes de pus et donne la preuve que l'abcès n'est pas complètement vide ; donc l'intervention a encore sa raison d'être.

3 janvier. — Sur le prolongement vertical de l'aisselle, et prenant pour centre la ponction de la veille, on fait dans le huitième espace une incision de sept centimètres, couche par couche, et l'on tombe sur du pus jaunâtre et grumeleux. Le doigt introduit dans la plaie rencontre aussitôt vers la partie inférieure une cloison résistante qui s'insère aux côtes, tandis qu'aucun obstacle ne l'arrête dans la partie supérieure.

On continue l'exploration avec une sonde pour faire les mêmes constatations qu'avec le doigt ; c'est bien dans la cavité pleurale que l'on a pénétré, et il est même impossible de trouver l'orifice du diaphragme qui fait communiquer l'abcès hépatique avec la cavité thoracique. Pendant ces manœuvres il est sorti la plèvre 250 à 300 grammes de pus. On reprend alors le bistouri et partant de l'angle antérieur de la plaie on fait au diaphragme une incision qu'on prolonge en arrière et vers la gauche aussi loin que possible. Cette nouvelle incision mesure environ douze centimètres de longueur ; cette fois, la cavité de l'abcès est bien ouverte, car il sort aussitôt une assez grande quantité de pus et quelques bulles d'air. Le tissu hépatique sain a dû être aussi sérieusement entamé, car il s'en suivit une abondante hémorrhagie.

Irrgations phéniquées à 1/100 dans la cavité pleurale et dans celle de l'abcès du foie : il ne sort que peu de débris hépatiques. Deux gros drains longs de vingt centimètres sont introduits, l'un dans la plèvre, l'autre dans le foie, ce dernier non sans peine. Pansement.

Le lendemain on renouvelle le pansement souillé de pus et de détritus hépatiques. La matité de la région a bien diminué en avant et sur le côté; la sonorité pulmonaire est revenue presque complètement jusqu'à deux doigts au-dessous du mamelon, et sur le côté jusqu'au niveau de l'incision. Quelques râles sous-crépitants. Les suites opératoires furent régulières ; on continua encore quelque temps les irrigations intrapleurales et intrahépatiques, avec ménagement par crainte d'accès de toux.

25 janvier. — La fistule pleurale est fermée.

Le 10 février le malade se lève. Le bord du foie ne s'est pas déplacé d'une façon sensible ; le lobe gauche empiète encore sur la région épigastrique et le lobe droit dépasse toujours d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. En revanche, la sonorité pulmonaire est revenue en avant jusqu'à deux doigts au-dessous du mamelon ; sur le côté jusqu'à la cicatrice opératoire ; mais en arrière il reste une zône de submatité qui s'étend jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, et au niveau de laquelle on perçoit nettement des frottements.

Le 26 février. — Submatité de la base droite et frottement. L'état général est bon, et le malade quitte l'hôpital.

Obs. XIX. — *Abcès du foie ouvert successivement dans la plèvre, le poumon, le rein et le colon. Guérison.* — Roughton. *Lancet*, 1891, vol. II, p. 417.

Le 11 janvier 1889, un homme de 23 ans fut pris de frissons violents à Kandey, île de Ceylan ; il ressentit bientôt de vives douleurs dans la région hépatique, et peu après une saillie proéminant sous le rebord costal indiqua la présence d'un abcès du foie.

Il fut ouvert le 1er février et 12 onces de pus furent évacuées : le drainage parut rester sans effet apparent, car la température resta toujours élevée entre 101 et 102° F. Cependant le 1er mars l'abcès était guéri, encore que la température se maintînt au-dessus de la normale. Alors l'examen de la poitrine fit reconnaître les

signes physiques d'un épanchement pleural à droite, sans toux, ni dyspnée.

Le 16 mars, 27 onces de sérosité claire furent retirés de la plèvre droite par une ponction faite au niveau de l'angle de l'omoplate.

Dix jours après, même opération, même résultat. Les signes physiques restant les mêmes, on fit de nouvelles ponctions le 4 avril, le 8, le 12 toujours à la même place. Dans tous ces cas aucun liquide ne fut retiré.

Le malade revint le 13 avril en Angleterre. C'était alors un homme amaigri, au teint jaunâtre, qui avait conservé un bon appétit et présentait une cicatrice sur la ligne mamelonnaire, au-dessous du rebord costal. En examinant cette région, on constatait que la matité du foie s'étendait du mamelon à un pouce au dessous du rebord costal et jusqu'en arrière du bord antérieur de l'aisselle. Au niveau de la surface de matité, absence de murmure vésiculaire, pas de vibrations vocales. Cœur non déplacé ; poumon gauche normal. Toux saccadée avec expectoration verdâtre.

L'opinion de l'auteur était que ces signes physiques dénotaient un épanchement pleural dû à l'extension de l'inflammation du foie à travers le diaphragme.

Le 18 avril au soir T. 101°,2 ; sueurs profuses durant la nuit.

Le 21. — T. 102°,2. Le lendemain une ponction exploratrice donna du pus dans l'aiselle droite ; alors une incision fut faite sous chloroforme, près du bord postérieur de l'aisselle, et l'on réséqua un pouce de la sixième côte. Ainsi furent évacuées 25 onces de pus ; le doigt introduit par l'ouverture découvrit deux cavités : l'une qui s'étendait en avant vers le mamelon, l'autre en bas vers le rebord costal, séparées l'une de l'autre par un septum. L'incision semblait avoir largement ouvert cette cavité, on ne fit pas de contre-ouverture. Large tube à drainage. Résultats immédiats satisfaisants : la température devint normale et resta telle jusqu'au 28 avril. Ce jour-là, sans cause connue, elle s'éleva à 101°,2. Pensant qu'il y avait rétention ou altération de pus, j'explorai la cavité, et lavai avec une solution phéniquée faible. Peu à peu, la température descendit jusqu'à la normale.

Mais le 16 mai, pendant le lavage de la cavité, le malade fut pris subitement d'un violent accès de toux et ressentit dans la bouche un goût d'acide phénique. Le soir du 18, la température fut à

101°,2 et augmenta chaque soir jusqu'au 21, où elle atteignit 103.

Le 25. — Violent accès de toux, et goût de pourriture dans la bouche. L'haleine du malade était fétide, bien que son expectoration fût sans odeur : l'écoulement par la plaie restait clair.

Croyant qu'une portion de la cavité n'était plus en rapport avec l'extérieur et communiquait sans doute avec le poumon, d'où l'odeur fétide de la toux, j'endormis le malade pour explorer la cavité. Elle s'était rétractée, mais au fond du trajet on trouvait une ouverture assez large pour laisser passer une sonde. Quand celle-ci fut élargie avec la pince à pansement, on se trouva dans une cavité d'un pouce de diamètre, formée probablement aux dépens du poumon et de la plèvre épaissie. Pendant l'opération, il ne sortit pas de pus fétide, mais deux jours après, l'écoulement prit une mauvaise odeur. Il sembla alors que cette cavité n'était pas celle qui contenait le pus et qui communiquait avec la bronche, mais qu'il y en avait une autre adjacente à celle-ci, et qui peu à peu était entrée en connexion avec la première. Le pus n'avait pas été infecté par l'orifice de la plaie, car le plus grand soin avait été pris au pansement, et surtout la fétidité s'était montrée dans l'expectoration.

La toux et la fétidité persistèrent. Il sembla que la cavité contenant le pus avait une communication imparfaite avec l'extérieur : on résolut d'établir un meilleur drainage.

Le 12 juin. — La première plaie fut élargie, et un pouce et demi de la septième côte réséqué. Le sinus fut exploré au doigt et à la sonde, mais on ne trouva pas de cavité. Le doigt tomba sur une membrane qui se mouvait presque horizontalement, et après avoir détruit des adhérences récentes il put passer au-dessus et au-dessous. Ce septum se mouvait suivant les inspirations du malade et l'on soupçonna que c'était le diaphragme.

En cherchant plus loin, on trouva un étroit sinus qui s'étendait dans la direction du mamelon, on le dilata avec la pince à pansement, mais il n'en sortit pas de pus. Toute la cavité fut lavée avec une solution de perchlorure à 1/2000 et un gros drain introduit. Deux jours après l'opération, le malade cracha du muco-pus teinté de sang. Le lendemain un peu de muco-pus analogue s'écoula par le drain et montrait qu'on était bien entré dans la partie malade.

Le 18. — Il sortit un flot abondant de liquide vert-olive, clair,

paraissant être de la bile. Puis le malade se remit peu à peu et put même sortir de la chambre. Cependant la température variait de 98°,8 le matin à 100°,4 le soir.

Rien à noter jusqu'au 1er juillet. Mais ce jour-là, douleurs vives dans la région du foie, et élévation de température de 2°. En examinant l'abdomen, je notai une sensation de plénitude et une grande sensibilité dans toute cette région hépatique. Cet état persista jusqu'au 14, où la température redevint normale, après un abondant écoulement de pus par la plaie.

L'amélioration dura ensuite jusqu'en septembre. A cette époque, le malade ayant pris froid se mit à tousser et cracha davantage ; la température monta à 103°, et l'on reconnut tous les signes d'une pneumonie aiguë. Il sembla alors que sous la violence de l'inflammation les nouveaux tissus pulmonaires se désagrégèrent, car il y eut peu après un flot abondant de pus qui provenait de l'ancien sinus. Cependant les urines étaient foncées, sanguinolentes, et très chargées d'albumine : le malade maigrissait.

L'ancien sinus était tellement resserré que l'abcès nouvellement formé dans la poitrine devait être imparfaitement drainé ; on tenta d'agrandir l'ouverture avec la pince à pansement, mais sans succès. En quelques jours, la cavité communiquait avec une bronche, et une vomique se produisit (5 à 6 onces de pus furent rendues en 24 heures). Ces phénomènes se maintinrent encore pendant quelques semaines : tantôt l'écoulement devenait facile et l'expectoration peu abondante, et tantôt l'écoulement était nul et il y avait grande expectoration.

On résolut alors d'abandonner le malade dans l'espoir qu'il viderait sa cavité par vomique : on prit ce parti à cause des urines albumineuses, de la grande faiblesse générale et de la difficulté d'arriver dans la cavité sans une grave opération. On fit bien, car bientôt la température tomba, la toux et l'expectoration cessèrent et l'albumine disparut.

En novembre, il était assez bien portant : les symptômes avaient disparu, sauf quelques traces d'albumine intermittente. A la fin de décembre, il fut repris de fièvre (temp. 103°), de toux avec expectoration rouillée, de diarrhée, d'albumine et d'hématurie. Le lendemain de cette nouvelle poussée, on trouvait du pus dans les urines et les matières : la collection purulente s'était

ouverte dans le bassinet et le colon. Alors disparurent les symptômes généraux graves. Les urines purulentes durèrent encore, et produisirent une cystite qui ne fut soulagée que par des lavages de la vessie. En même temps l'urine devenait rare, et il survint quelques symptômes d'urémie (troubles de la vision, vomissements, céphalalgie).

L'amélioration se fit peu à peu et tout disparut graduellement. En mai suivant, la santé était parfaite.

Seule persista une fistule entretenue par une nécrose d'une extrémité de côte : on enleva ce fragment osseux malade ; le sinus qui persistait fut gratté à la curette, et la guérison fut définitive.

Obs. XX (résumée). — *Abcès du foie, sans adhérences péritonéales. — Méthode de Little. Guérison.* — Ramonet. *Archives de méd. et pharm. milit.*, 1887, p. 321.

C..., soldat de 23 ans, entre en décembre 1886 à l'hôpital militaire de Grenoble. Pas de maladies antérieures. Il se plaint de fièvre, de toux, avec dyspnée, de vomissements et de diarrhée, et d'un violent point de côté à droite, sous le mamelon et au niveau des dernières côtes. Langue saburrale. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal, sauf un peu d'obscurité respiratoire à droite. On pense à une lésion pleurale ou pulmonaire en voie d'évolution.

Le lendemain, mêmes symptômes ; mêmes résultats négatifs à la percussion et à l'auscultation. La douleur est plus vive dans l'hypochondre droit, mais sans localisation spéciale ; elle s'exaspère sous la pression et au moindre mouvement ; se propage vers la fosse iliaque droite et vers l'épaule. Le foie augmenté de volume remonte à 3 centimètres plus haut qu'à l'état normal et déborde les fausses côtes d'un large travers de doigt, les sclérotiques sont un peu jaunes, mais la peau est de couleur normale. On pense à une hépatite aiguë.

L'étiologie de la maladie est assez obscure, car le malade n'a eu ni dysentérie ni fièvre intermittente et jamais de traumatisme ; mais il faut dire qu'il est d'un pays chaud (Cannes) où l'hépatite n'est pas rare.

Traitement. — Sangsues, cataplasmes.

Du 9 au 30 les symptômes s'aggravent. Fièvre continue, atteignant 40° le soir. Le foie mesure 25 centimètres de hauteur et vient presque toucher la crête iliaque; la dyspnée s'accroît et va jusqu'à l'orthopnée.

Au commencement de janvier, la teinte est cachectique, la fièvre continue toujours avec accès vespéraux. La douleur moins aiguë, cesse d'être diffuse et se localise au-dessous des fausses côtes. La paroi présente en ce point une légère voussure et de l'empâtement œdémateux, sans fluctuation. La peau de la région n'est pas rouge, ni adhérente.

8 janvier. — Une ponction exploratrice au point le plus douloureux, à trois doigts au-dessous du rebord costal, donne du pus; on retire l'aiguille sans vider l'abcès, et l'on fait couche par couche une incision longitudinale longue de 8 centimètres, partant du rebord des fausses côtes et se dirigeant vers la fausse iliaque, à quatre doigts de la ligne médiane.

Arrivé sur le péritoine, on ne trouve pas d'adhérences; alors on pince le feuillet pariétal de la séreuse pour le soulever et l'isoler du feuillet viscéral. L'incision de l'abcès est ensuite faite, et donne un demi-litre de pus, mêlé de sang et de bile. Lavage à l'eau phéniquée à 1 pour 100; gros drain.

Le 4 février, la plaie était cicatrisée et le 7 le malade quittait l'hôpital.

L'intérêt de cette observation, dit l'auteur, est qu'on a constaté l'absence d'adhérences péritonéales, ce qui n'a pas empêché le succès de l'opération. Il n'a pas donné de chloroforme par crainte de vomissements.

Obs. XXI (résumée). — *Incision antiseptique pour rechercher l'existence des adhérences.* — Churton et Gill. *Lancet,* 1888, t. I, p. 68.

Homme de 30 ans admis à l'hôpital le 31 mai 1886. Souffrant d'une douleur sourde dans la région hépatique: affaiblissement.

Tumeur en saillie au-dessous du rebord costal droit: dernières côtes repoussées en avant. La tumeur était très douloureuse.

La limite supérieure de la matité hépatique était normale, mais la rigidité des muscles abdominaux rendait difficile à préci-

ser la limite inférieure. Pas de symptômes, ni de signes d'affection séreuse des autres organes. La douleur avait débuté il y a 15 jours sous le sein droit et fait croire à un début de pleurésie. Depuis cette époque, douleur constante, mais d'intensité variable.

Dans la tumeur hépatique on fit une exploration avec l'aiguille aspiratrice, doucement à cause des mouvements rapides de la respiration qui surviennent d'ordinaire quand on ponctionne : au-dessous du rebord costal une seringue de pus fut retirée. L'incision exploratrice fut décidée.

5 juin. — Ethérisation. Mac Gill incise la tumeur sur une longueur de 5 pouces, au-dessous du rebord costal et parallèlement à lui ; l'incision commence à 2 pouces en dehors de la ligne médiane. Les muscles abdominaux divisés, on fit une ouverture large d'un pouce au péritoine, et la cavité abdominale fut ouverte : on vit alors que la surface supérieure du foie était adhérente au diaphragme, le long du rebord costal : une fluctuation nette fut sentie en mettant un doigt sous la surface du foie et un autre à la base du thorax. La plaie péritonéale fut refermée au catgut, et un trocart passé à travers la cavité de l'abcès qui fut ouverte en la dilatant graduellement : 10 onces de pus furent évacuées. La cavité fut lavée avec solution de sublimé à 1/5000, la plaie suturée au catgut et pansée antiseptiquement. La marche ultérieure fut très simple.

La température la plus élevée fut de 100°,4 le soir du second jour. Le troisième jour elle fut normale, et ainsi jusqu'à la guérison.

Le drain, graduellement raccourci, fut supprimé à la fin du mois. Exeat le 19 juillet.

Cette méthode, ajoute l'auteur, est moins dangereuse que l'incision brusque et directe dans la cavité de l'abcès.

Obs. XXII. — *Hépatotomie.* — *Irrigation continue.* — *Guérison.* — Ransohoff. *Berliner klinische Wochenschrift.*, 1882, p. 601.

Femme G..., 32 ans, n'a jamais été malade ; elle commença à perdre ses forces et à maigrir, 5 mois après un accouchement : elle dut ensuite garder le lit, et un médecin crut à une fièvre typhoïde.

Lors de son entrée à l'hôpital, 7 janvier, la malade est très amaigrie et ses traits expriment la souffrance. L'appétit a disparu et l'on retrouve dans ses selles liquides des parcelles d'aliments à moitié digérés. Elle se plaint d'une douleur constante à l'épigastre et de dyspnée persistante qui va jusqu'à l'orthopnée. Une toux légère lui fait rejeter une faible quantité de crachats spumeux. L'état d'hecticité dans lequel la malade est tombée explique les sueurs nocturnes qui s'accompagnent d'élévation de température, de 3° à 5° Fahrenheit.

L'examen physique dénote un amaigrissement considérable de la poitrine; la percussion et l'auscultation ne montrent aucune lésion nettement perceptible des poumons. Cœur normal. Urines rares, mais non albumineuses. L'épigastre est soulevé par une tumeur unie et ronde que l'on peut suivre le long de la courbure des côtes jusqu'à un point éloigné de deux pouces de la ligne axillaire. La tumeur est douloureuse à la pression et donne à la percussion un son mat : sa fluctuation est évidente. Le professeur Wittaker fait le diagnostic d'abcès du foie et le confirme par l'évacuation d'une petite quantité de pus avec la seringue de Pravaz.

19 janvier. — On retire avec l'appareil de Dieulafoy 1 l. 1/2 de pus crémeux, renfermant les éléments chimiques de la bile, mais sans cellules hépatiques. Pendant quelque temps la malade fut soulagée ; la douleur et la dyspnée diminuèrent, l'appétit devint meilleur et les sueurs nocturnes moins épuisantes. Une semaine après l'opération, il était évident qu'une nouvelle accumulation se faisait, et déjà au bout de 15 jours la tumeur avait retrouvé son volume primitif.

A cette époque (7 février), on remarquait une disparition soudaine de tous les symptômes, et la malade se sentait mieux à tous les points de vue. Un examen des selles révéla la présence d'une certaine quantité de pus ; pendant toute une semaine les déjections contenaient du pus ; puis la tumeur grossit de nouveau, et l'état général de la malade empira.

22 février. — Un litre de pus fut retiré par l'aspirateur et une quantité égale de solution tiède de teinture d'iode et d'iodure de potassium fut injectée dans la poche de l'abcès, mais retirée presque aussitôt. Cette aspiration ne put vider complètement la poche, et donna peu de soulagement à la patiente. Déjà au bout de 10

jours elle était retombée dans son état antérieur, avec sa dyspnée, sa fièvre et ses sueurs nocturnes. A ces symptômes se joignaient encore de violents vomissements et un œdème progressif des membres inférieurs. Comme les aspirations répétées restaient inefficaces, je crus trouver dans l'incision libre la seule chance de guérison pour la malade. Son état était alors presque celui d'un mourant. T. du soir 103-105° F... Pouls 120 et 150.

Opération le 9 mars. En présence de plusieurs collègues anesthésie avec l'éther après absorption de quelques onces d'eau-de-vie. Au toucher et à l'inspiration, il était clair que l'abcès avait pris une forme irrégulière et semblait en réalité formé de deux tumeurs accolées ensemble.

Sur la partie la plus proéminente de la plus grosse tumeur, je fis une incision au thermocautère pour éviter les chances d'hémorrhagie et d'infection purulente. Cette incision longue de cinq pouces et allant jusqu'au-dessous de l'ombilic était parallèle à la ligne médiane. Après l'ouverture de la cavité abdominale, apparut entre la paroi abdominale et la surface du foie un petit pli du grand épiploon qui fut aussi fendu au thermocautère. Alors le foie apparut, de couleur naturelle et sans traces d'inflammation adhésive. Cet organe fut suturé à la paroi abdominale par six fils d'argent, dont deux furent placés de chaque côté et un à chaque angle de l'incision. Les fils, passés avec une aiguille tubulée, saisirent dans toute son épaisseur la paroi abdominale, le grand épiploon et un pouce de la paroi de l'abcès. Toutes les sutures une fois placées, on avait vu sur la surface du foie un espace libre et découvert, d'une largeur d'un pouce et d'une longueur de trois : la cavité abdominale était absolument fermée contre l'irruption du pus. Au galvano-cautère je fis une ouverture dans le foie, dans toute la longueur de sa surface découverte, et évacuai quatre litres de pus crémeux : il coulait comme d'une fontaine et était par instants mélangé de bile presque pure.

Le pus évacué, la malade se trouva dans une situation très précaire ; elle respirait difficilement, le pouls était à peine sensible, et semblait près de mourir. Un lavement d'eau-de-vie la stimula suffisamment pour permettre l'achèvement de l'opération. La cavité purulente fut lavée avec une solution phéniquée à 5 pour 100 et deux drains furent introduits, de deux pouces de diamètre et de dix pouces de long. La surface de la plaie pansée à l'iodo-

forme fut recouverte d'une épaisse couche d'ouate : on donna ensuite des stimulants, et l'on plaça des boules d'eau chaude le long des membres inférieurs. Dix heures après l'opération, la malade s'était remise, parlait à voix basse, mais ne souffrait plus et prenait avec plaisir l'eau-de-vie qui lui était donnée toutes les demi-heures. Une injection sous-cutanée de morphine la fit reposer pendant la nuit.

10 mars. — Le pansement fut enlevé ce matin, et la cavité purulente lavée avec de l'eau à 120° F. De 9 heures du matin à 5 heures après-midi je fis couler un courant d'eau tiède dans la cavité de l'abcès ; ce courant n'avait pas seulement pour but la propreté, mais il produisait un certain soulagement. Le soir la plaie fut pansée comme après l'opération. Pendant 15 jours ce procédé d'irrigation fut continué avec d'excellents résultats. Une fois la plaie bien propre, je me servis du miroir laryngé pour regarder sa surface à la lumière réfléchie. Grâce à cette méthode je suis parvenu à diverses reprises à tirer trois fragments gangréneux du foie, gros comme une paume de main. L'irrigation permanente elle-même ne suffisait pas à enlever les masses entraînées au fond de l'abcès. A la lumière réfléchie on pouvait voir nettement les pulsations de l'aorte abdominale. En changeant le pansement, on introduisit de l'iodoforme dans la plaie et dans les drains.

Après l'opération, vomissements et dyspnée disparurent, puis l'œdème des membres et les quintes de toux ; l'appétit revint. La diarrhée et les sueurs nocturnes cédèrent à des doses toniques de sulfate de quinine. Peu à peu la sécrétion purulente diminua avec la capacité de la poche ; cela se fit si vite que six semaines après l'opération, les points de suture enlevés, la cavité ne contenait plus qu'une once de liquide. La plaie granula promptement au fond et sur les côtés.

Deux mois après l'opération, il ne restait qu'un petit pertuis, profond d'un pouce, qui se cicatrisa bientôt et ne laissa qu'une cicatrice étoilée.

Obs. XXIII (résumée). — *Abcès du foie par dysentérie sporadique chez un idiot. Autopsie.* — Boutier. *Progrès médical*, 1883, p. 125.

Bul..., 14 ans, est entré à Bicêtre le 6 mars 1882, dans le ser-

vice de M. Bourneville. Il est né à Paris qu'il n'a jamais quitte.

C'est un idiot complet qui a de fréquentes convulsions.

A l'auscultation et à la percussion, on trouve tous les signes d'une tuberculose pulmonaire. Appétit médiocre ; pas de vomissements ; le foie et la rate ont leurs dimensions naturelles ; ventre assez gros ; selles quotidiennes, souvent diarrhéïques. Gâtisme complet. Extrémités cyanosées.

Du 10 au 31 mars.— La température oscille entre 38° et 39°,8.

Mai. — Amélioration assez notable ; l'enfant quitte l'infirmerie et va à la petite école. Diarrhée assez fréquente, glaireuse, renfermant souvent du sang.

Le 24 août. — La diarrhée est devenue plus abondante, et persiste malgré des doses élevées de bismuth.

4-21 septembre. — La température n'atteint que rarement 38°,8 ; elle se maintient presque toujours entre 38°,2 et 37°,6.

5 novembre. — Les selles sont toujours très fréquentes, mais peu abondantes. Elles contiennent du sang ; on en compte une dizaine par jour ; elles ne semblent s'accompagner ni de douleurs ni de ténesme. Pas de vomissements.

25 novembre-16 décembre. — La température oscille entre 37°,8 et 37°,6.

1883, 1er-10 janvier. — Congestion pulmonaire double, surtout marquée à droite ; la température varie entre 37°,6 et 38°,4. La diarrhée persiste toujours séreuse et ne contenant plus de sang. L'amaigrissement est extrême ; pas d'ictère, pas d'escharres. Mort le 10 janvier.

A l'autopsie on trouve une atrophie simple du cerveau à laquelle on peut rattacher l'arrêt du développement intellectuel.

Dans la cavité thoracique, le poumon gauche présente des granulations miliaires et quelques petites cavernes au sommet. Poumon droit congestionné, partout perméable, sauf à la base et au niveau du foie où la plèvre est épaissie. Pas de liquide pleural.

Dans la cavité abdominale, périhépatite très marquée, surtout vers le bord postérieur et la face supérieure du foie, où l'on trouve une vaste poche purulente se prolongeant vers le lobe gauche et contenant environ un litre de pus granuleux, sans crochets. Dans le cœcum et le gros intestin fausses membranes blanc-grisâtres ; trois ou quatre ulcérations au voisinage de l'appendice iléo-cœcal.

Ainsi, cette dysentérie chronique, sporadique, ne s'est pas accompagnée de ténesme rectal ou vésical ; les symptômes douloureux ont été nuls comme il arrive toujours chez les idiots ou les déments. C'est par cette réaction à la douleur qu'on peut expliquer l'évolution insidieuse de l'abcès du foie qui ne s'est révélée qu'à l'autopsie.

Obs. XXIV. — *Abcès du foie chez un enfant de 13 ans. Cause inconnue. Opération: autopsie.* — Bernhard. *Jahrbuch für Kinderheilkun de* 1886, t. XXV, p. 35.

Louis Georges, 13 ans, fut amené à la Clinique le 15 décembre 1884. Pas d'antécédents personnels.

Il y a quatre semaines, à la suite d'un refroidissement, il se mit à tousser, eut de la fièvre le soir, sueurs nocturnes, anorexie. Constipation ; puis douleur vive dans la moitié droite du thorax.

Le 18 décembre, le malade est très faible, couché sur le dos ; léger œdème de la face, surtout des paupières. Température élevée, peau moite ; pouls petit et fréquent, langue chargée, respiration très accélérée. La moitié droite du thorax semble plus bombante et plus dilatée que la moitié gauche. A l'inspiration la moitié gauche du thorax se soulève, ainsi que la partie correspondante de l'abdomen ; mais à droite immobilité absolue. Les espaces intercostaux, surtout les inférieurs, sont en retrait. Choc de la pointe du cœur dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire.

A droite, en avant, on trouve sous la clavicule un son affaibli ; à partir de la seconde côte, matité absolue, qui sans interruption se change en matité hépatique et descend jusqu'à la ligne axillaire postérieure à gauche, cette matité s'étend jusqu'au bord gauche du sternum.

A l'auscultation on entend en avant, dans la moitié gauche du thorax, un murmure vésiculaire exagéré. A droite, en avant et sous la clavicule, respiration bronchique avec râles crépitants. Vibrations vocales augmentées à droite.

En arrière à droite le son est affaibli jusqu'à la pointe de l'omoplate, il est nul depuis cette pointe jusqu'à la base ; cependant la matité n'y est pas absolue comme en avant. A l'auscultation on entend dans les fosses sus et sous-épineuses une respiration bronchique. OEdème de la paroi abdominale.

A droite la matité du foie dépasse le rebord costal de cinq doigts environ. Pas d'hypertrophie de la rate. Abdomen ballonné. Urine, acide, sans albumine D. 1026. Q. 250 centimètres. c.

T. matin 37, 6. P. 112. R. 44.

T. soir 39. — P. 88. — R. 48.

19. — Pas de selles. — Malade couché sur le côté droit. Pas de douleurs..Aucune modification dans l'état du thorax.

20. — T. matin 38°,5. P. 112. R. 40. Urine 350 centimètres cubes. Soir 40°, 1. P. 128. R. 48.

Forte dyspnée. Œdème de la moitié droite du visage, surtout de la paupière droite. Regard anxieux. A la percussion, à droite, en avant, dans la fosse sous-claviculaire, son tympanique éclatant; matité dans le reste du côté droit. En arrière, à droite, dans la moitié supérieure de l'omoplate, matité absolue. L'auscultation à droite, en avant jusqu'à la deuxième côte donne un bruit respiratoire affaibli, avec râles sonores, et tintement métallique après la toux. Plus loin, vers le bas, respiration très affaiblie, vague murmure respiratoire.

A droite en arrière on entend à peine la respiration.

Avec l'appareil Potain on fait une ponction dans le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire ; 450 grammes de pus épais, gris-verdâtre, contenant des traînées rouges, et beaucoup de lambeaux. Le trocart enlevé, il s'écoule encore une cuillerée à soupe de liquide clair, limpide. Le petit malade tousse beaucoup après la ponction. La percussion donne les mêmes résultats.

21 décembre. — Nuit agitée ; vive dyspnée ; gémissements continuels.

T. 38°. P. 120. R. 44. Urine claire, sans albumine.

22. — Malade très pâle et affaibli, toujours couché sur le côté droit. Visage tout boursouflé. Œdème de la paupière droite excessif. Pouls faible, irrégulier, 104. La respiration conserve le type unilatéral. Retrait considérable des espaces intercostaux à gauche, tandis qu'à droite leur surface est comblée.

Œdème de la peau du thorax et du bras, à droite.

La pointe du cœur, qui avant la ponction battait dans le sixième espace intercostal, est maintenant dans le cinquième, un peu en dehors de la ligne mamillaire. A la hauteur de la deuxième côte droite commence la matité qui devient absolue à partir de la quatrième. Sur la ligne axillaire, jusqu'à la troisième côte le son est

tympanique, avec léger tintement métallique ; au-dessous d'elle le son est éteint.

Quand le malade est assis, on remarque que son côté droit est fortement tendu ; œdème de toute la région.

24 décembre. — L'œdème se généralise, mais est toujours plus marqué à droite, surtout au niveau du thorax et de la face. Matité thoracique dans presque tout le côté droit. Cœur dévié vers la gauche. Ascite notable. Pouls accéléré, peu sensible à cause de sa petitesse. 120. Temp. 38°,5. Resp. 52.

L'opération est faite par Ledderhose premier assistant de la clinique chirurgicale de Strasbourg. Au-dessus du point ponctionné. on résèque un morceau long de 5 à 6 centimètres sur la cinquième et sur la sixième côte, au niveau de la ligne axillaire droite : la ponction faite ensuite donne 800 grammes de sérosité claire. Au fond de la plaie d'incision on trouve le poumon refoulé et remonté.

Le diaphragme fortement tendu remonte jusqu'au quatrième espace intercostal. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz dans le septième espace donne du pus. Ensuite la plaie supérieure fut désinfectée, drainée et pansée, puis on réséqua une portion de la neuvième côte sur la ligne axillaire. L'introduction d'un trocart en ce point donna du liquide d'abord purulent, puis séreux. En élargissant l'ouverture de ponction, il s'écoula un liquide séreux abondant.

On tomba sur le foie et en agrandissant l'ouverture intercostale on parvint dans le foie sur une cavité purulente de la grosseur des deux poings, qui était limitée par des lambeaux de tissu et des saillies irrégulières. Dans la cavité hépatique fut laissé un tube non troué. En pressant sur l'abdomen il s'écoula de la plaie un liquide séreux abondant. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de bois.

L'état s'améliore après l'opération.

25 décembre. — Nuit agitée. T. 36°,5. P. 120. R. 52.

Pansement souillé de sécrétions : le poumon descend pendant l'inspiration jusqu'à la plaie supérieure. Le foie semble adhérent à la paroi abdominale. Peu de pus dans le pansement, sans fétidité. Délire.

26. — Nuit très mauvaise. T. 36°,6. P. 120. R. 56.

Respiration difficile ; râle trachéal. Délire continuel. On ne touche pas au pansement. Mort le 27.

A l'autopsie on trouve au côté droit, à sept centimètres au-dessous du creux axillaire une incision faite dans l'espace intercostal. A 3 centimètres au-dessous de cette plaie est une seconde incision, longue de 8 centimètres, béante de 3 centimètres d'où sort un drain.

Ascite dans l'abdomen. Le diaphragme est à la hauteur de la cinquième côte sur le côté gauche. Le foie s'étend sur la ligne mamelonnaire à 2 centimètres au-dessous du rebord costal ; le lobe gauche est libre, mais le droit est retenu par des adhérences au diaphragme. A droite le diaphragme s'étend jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte sur la ligne mamelonnaire.

Il est soudé au thorax, au niveau de la septième côte.

De la seconde ouverture d'incision on parvient par un orifice diaphragmatique dans une grande cavité hépatique qui renferme encore du pus jaunâtre ; elle est très irrégulière et s'étend en avant jusqu'au milieu du lobe droit. Le poumon droit est sain, sauf le lobe inférieur qui est comprimé et vide d'air.

Dans l'arrière-cavité des fosses nasales, dans le duodénum et dans l'estomac, on trouve quelques lombrics. Il n'y en a pas dans les voies biliaires.

Obs. XXV. — *Abcès du foie chez un enfant de 5 ans. Méthode de Récamier.* — Omont. *Normandie médicale*, 1889, p. 216.

En 1888 un enfant de 5 ans avait été soigné pour une phthisie aiguë à forme pneumonique, et avait guéri relativement en conservant une caverne au côté droit.

Le 15 mars de l'année suivante il fut amené à mon cabinet : il était depuis 8 jours un peu souffrant, l'appétit diminué, le sommeil mauvais. En procédant à un examen minutieux, je découvris dans l'hypochondre droit, au-dessous du rebord des fausses côtes, à trois doigts de la ligne blanche, une tumeur dure, mate, peu douloureuse, du volume d'un œuf de poule, plongeant sous ce rebord et se continuant avec le foie. Elle semblait appartenir à la vésicule biliaire ou à l'éminence poste antérieure. Je fis mettre le malade au lit et attendis.

Le 17 mars. — La tumeur avait augmenté ; son indépendance de la paroi abdominale était absolue, pas de rougeur ni d'œdème

de la peau : douleur locale très légère. Etat général satisfaisant. Constipation.

Du 17 au 22. — La tuméfaction augmente encore, mais elle devient douloureuse à la pression et par la toux. La fièvre est légère, elle atteint une fois 38°,5. Eta tgénéral moins bon, appétit nul.

Le 22 mars. — On fit le diagnostic d'hépatite en voie de suppuration.

A ce moment il n'y avait pas trace de fluctuation ; pas de saillie de la tumeur à l'extérieur, toute la moitié supérieure du côté droit de l'abdomen était peu à peu envahie. En haut c'est une masse dure et volumineuse ; au-dessous et descendant plus bas que l'ombilic, c'est une nappe résistante, mais peu épaisse.

Le 3 avril apparaissait dans le flanc droit, un peu au-dessous de la ligne ombilicale, un léger œdème de la paroi : à ce niveau on trouve une légère proéminence, de la tuméfaction sans rougeur ni adhérences de la peau. Je n'ose affirmer avoir senti la fluctuation. Quoi qu'il en soit le lendemain, je fais à ce niveau une large application de pâte de Vienne, et quatre jours après sans autre intervention il s'échappait un flot de pus par la plaie de l'eschare. Ce pus ne présentait pas les caractères du pus phlegmoneux ; il était plus fluide et ressemblait à de la lie de cidre, charriant une petite quantité de détritus dont je n'ai su reconnaître l'origine, mais bien différents des lambeaux de tissu cellulaire du phlegmon. Après l'ouverture du foyer, fréquents lavages au sublimé. Pas de complications.

Au quatrième jour, écoulement presque nul ; la tuméfaction a diminué ; la douleur, la fièvre et l'inappétence ont disparu.

En 8 ou 10 jours, le petit malade était revenu à son état normal.

A la place de l'eschare il n'y avait plus qu'une plaie superficielle, dont je réprimai vite les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

L'intervention eut des suites aussi heureuses que la laparotomie la mieux conduite. Je pense que la méthode de Récamier demeure pour le petit médecin de campagne le seul procédé pratique de traitement des suppurations du foie ; je crois ce procédé capable de donner des résultats satisfaisants et qu'il est préférable pour la campagne à l'incision directe qui réclame des aides,

un temps et une habileté opératoire qu'on ne saurait rencontrer en dehors des grands hôpitaux ou des grandes fortunes.

. .

Obs. XXVI. — *Trois abcès du foie chez un nourrisson. Guérison.* — Rusche. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, p. 262.

Une enfant de 3 mois qui était nourrie au lait de vache fut prise de bronchite qui guérit rapidement ; mais à la suite on reconnaît à la palpation une hypertrophie du foie. Quelque temps après l'enfant était très abattu et l'abdomen fortement soulevé au niveau de l'hypochondre droit. On sentait assez nettement sur le lobe droit du foie une grosse tumeur, et deux plus petites sur le lobe gauche.

L'examen physique des autres organes ne donnait rien d'anormal. Pour remédier à la perte des forces, on donna du phosphate de chaux trois fois par jour, de petites quantités d'huile de foie de morue et de vin de Tokai à parties égales, et le mélange de lait et de farine d'avoine.

Du 3 au 5 avril. — Fièvre le soir ; pas d'ictère. Les trois tumeurs du foie augmentaient graduellement, s'élevant sur la paroi abdominale amaigrie.

Le 5 avril. — On constata sur les deux tumeurs gauches de la fluctuation : alors la paroi abdominale fut lavée au sublimé, puis tandis qu'un aide fixait avec ses mains à plat la tumeur située le plus à gauche, le chirurgien incisa au bistouri le sommet de la tumeur : il s'évacua du pus jaune verdâtre, non fétide. Une sonde introduite prudemment ne donna pas de communication avec le second abcès : celui-ci fut ensuite ouvert de la même façon : même résultat. Pansement au sublimé.

Après une série de pansements ces plaies opératoires guérirent vers le 12 avril. Cependant la tumeur du lobe droit, qui jusque-là était restée dure, montra de la fluctuation : l'ouverture en fut faite le 12. L'incision dans ce dernier cas fut si grande que l'on put avec le doigt explorer la cavité. On arrivait ainsi au bord supérieur du foie qu'on pouvait sonder dans toute son étendue. Le pus était semblable à celui des deux poches précédentes ; malheureusement aucune préparation microscopique n'en fut faite. La plaie fut lavée au sublimé, puis elle se ferma rapidement.

Le jour de l'opération l'enfant était très faible et le pronostic semblait absolument mauvais.

Mais peu à peu, il put se rétablir et la guérison fut complète au bout de 3 mois. Aujourd'hui après 2 ans et demi, sa santé est encore parfaite.

Dans ce cas, ces abcès ont sans doute été produits par une thrombose de la veine ombilicale et de la branche gauche de la veine-porte.

Obs. XXVII. — *Abcès dysentérique chez une fille de 20 mois.* — Péreira. *Indian medical Gazette. Calcutta*, 1890, p. 170.

Je fus appelé d'urgence pour voir une fille de planteur de café et quinquina qu'on avait amenée en l'état suivant : Enfant toujours en bonne santé jusqu'à la fin de novembre ; elle ressentit alors quelques légères atteintes de dysentérie, bientôt guéries par une petite dose d'huile de castor et de laudanum.

Le 2 décembre 1889. Les selles étaient argileuses, non colorées par la bile ; la petite malade maigrissait et prenait un mauvais aspect.

Le 5. — Elle fut vue par l'apothicaire attaché à l'hôpital de Saint-Barthélemy qui la traita pour une congestion hépatique.

Au bout de 9 jours, les symptômes hépatiques avaient disparu ; la malade reprenait des forces. Mais peu après l'enfant fut de nouveau souffrante et l'état empira de plus en plus.

Je la vis, le 29 décembre, amaigri, faible ; le visage était anxieux, la peau cireuse, sans ictère, l'appétit mauvais, la langue sale ; les yeux brillants. T. 102°. Respiration courte et précipitée. Dans la région hépatique existait un gonflement bien défini, de la grosseur du poing et manifestement fluctuant. Elle était surtout saillante dans le dixième espace intercostal. N'ayant pas de doute sur la nature de la maladie, je donnai un peu d'eau-de-vie à la malade et fis une ponction de l'abcès avec un trocart et canule : on évacua ainsi 12 onces de pus fluide avec peu de sang, inodore. Après la ponction pansement compressif.

30 décembre. — Après plusieurs nuits d'insomnie, la nuit fut calme ; léger écoulement par l'orifice de la ponction. T. matin, 98°,4, le soir 99.

31. — L'ouverture s'est fermée. T. m. 98°,6 , s. 99°,6.

1er janvier 1890. — La cavité de l'abcès se remplit. John North appelé fut d'avis de vider par aspiration cette cavité et de la laver à l'eau boriquée. Mais quelques jours après, l'abcès se rouvrit au point ponctionné et se vida spontanément.

7 janvier. — Libre écoulement de 8 onces de pus, fétide, teinté de sang.

22 janvier. — L'abcès continue alternativement à se fermer et à s'évacuer ; de 1 à 4 onces de pus étaient évacuées chaque jour. La santé s'améliora peu à peu. Pour hâter la guérison, j'introduisis dans l'abcès une sonde de gomme élastique et le lavai avec 2 onces de solution boriquée chaude matin et soir.

27 janvier. — Il ne s'écoule plus que du liquide séro-sanguinolent. Les lavages sont supprimés.

13 février. — Guérison absolue.

A ce sujet, l'auteur rapporte l'opinion de Dyce Duckworth (*Lancet*, 1887, t. I, p. 811), disant que l'abcès tropical du foie est inconnu chez l'enfant ; il ajoute que cependant il y a dans la *Lancet* de 1887 (tome II, p. 310) un cas d'abcès chez un enfant de 3 ans 1/2.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(La bibliographie des abcès du foie est immense : j'ai noté seulement ici les documents que j'ai pu consulter).

Altschul. — Prager medicin. Wochenschrift, 1885, p. 203.

Antona (d'). — Rivista clinica et terap. Napoli, 1891, p. 329.

Arnaud. — Marseille médical, 1887, p. 146.

Arnaud et d'Astros. — Revue de médecine, avril 1892.

Asch. — Berliner klin. Woch., 1882, p. 772.

Atsch. — The Lancet, 1889, t. I, p. 13.

Auger. — Soc. anat., 1875.

Axenfeld. — Société anat., 1852, p. 105.

Ball. — Lancet, 1877, t. II, p. 796.

Balme-Dugarry. — Soc. anat., 1836, p. 237.

Bardenhewer. — Berliner klin. Woch., 1878, p. 645.

Barth. — Soc. anat., 1856.

Barthélémy et Bernardy. — Arch. de méd. milit., 1890, p. 285.

Bassompierre. — Archives de méd. et pharm. milit., 1889, XIII, p. 127.

Beaver. — Med. News. Phila., 1890, p. 189.

Béhier. — Gaz. des hôpitaux, 1869, p. 457 et Soc. anat., 1836, p. 202.

Bérenger-Féraud. — Traité de la dysentérie, 1883.

Bergada. — Thèse Paris, 1889.

Bernard. — Soc. anat., 1846, p. 392.

Bernhard. — Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1886, t. XXV, p. 325.

Bernheim. — Revue médicale de l'Est, 1885, p. 81.

Bertrand. — Gaz. hebdomadaire, 1890, p. 470, et 1891, p. 43.
— Revue de chirurgie, 1890, p. 621.
— Revue de médecine, 1890, p. 185.

Bettelheim. — Deutsches Archiv für klin. Medicin., 1889, t. 45, p. 186.

Bichon. — Thèse de Montpellier, 1890.
Bitterlin. — Concours médical, 1881, p. 16.
Blocq. — Progrès médical, 1885.
Bokai. — Pester med. chirurg., 1881.
Borius. — Gaz. Hôpitaux, 1866.
Bouilly. — Gaz. Hôpitaux; 1885.
Boutier. — Progrès médical, 1883.
Braunigan. — Lancet, 1883. II, 367.
Broca. — Gaz. hebdomad. 1891, p. 474.
Brossier. — Th. Paris, 1888.
Bruen. — Philadelphia medical Times, 1881, p. 90.
Cambay. — Maladies des pays chauds, 1847.
Caravias. — Thèse Paris, 1885.
Carlier. — Bulletin méd. du nord, 1892, p. 73.
Carrington. — Lancet, 1883, II, 367.
Castro (de). — Union médicale, 1870, p. 8.
Casuso. — Cronica med. quirurg. de la Habana, 1883.
Catteloup. — Mém. de méd. et pharm. mil., 1847.
Chauffard. — Traité de médecine, t. III, p. 789.
Chauvel. — Académie de méd., 1889, et Arch. gén. de méd., 1890.
Chomel. — Gaz. des hôpitaux, 1842, p. 23.
Chevallier. — Gaz. méd. de Nantes, 1888.
Churton et Gill. — Lancet, 1888, I, 68.
Cliquet. — Arch. de méd. et pharm. mil., 1886, p. 299.
Codet. — Th. Paris, 1881, p. 59.
Corre. — Gaz. des Hôpitaux, 1885.
Curnow. — Lancet, 1885, I, 16.
Curnow et Smith. — Lancet, 1891, II, 1438.
Dawel. — Dublin Hosp. Gazette, 1855.
Defontaine. — Gaz. des Hôpitaux, 1888, p. 533.
— Revue de Chirurgie, 1890, p. 599.
Delaire. — Gaz. des Hôpitaux, 1869, p. 437.
Demmler. — Progrès médical, 1891, p. 361.
Deschamps. — Thèse de Paris, 1886.
Descroizilles. — Soc. anat , 1861, 508.
Desperrières. — Société royale de médecine de Paris, 1780, p. 218.
Dubain. — Th. Paris, 1876.

Dubourg. — Soc. anat., 1831, 102.

Dubujadoux. — Arch. de méd. et pharm. mil., 1889, p. 279

Dymott. — British medical Journal, 1892, I, 332.

Echo médical de Toulouse, 1891, p. 42.

Ehrmann. — Gaz. méd. de l'Algérie, 1860, p. 129.

Fauconneau-Dufresne. — Revue méd. franç. et étrang., 1846, p. 514.

— Union médicale, 1850 et 1858.

Fayrer. — Brit. med. Journal, 1874, p. 401.

Fenwick. — Lancet, 1877, II, 715.

Féréol. — Union médicale, 1875, p. 469.

Ferron. — Gaz. hebdomad. de Bordeaux, 1887, p. 94.

Fiessinger. — Revue méd. de l'Est, 1882, 709.

Foiret. — Th. Paris, 1870.

Foix. — Th. Paris, 1874.

Francoz. — Th. de Paris, 1873.

Frankel. — Deutsche Med. Woch, 1891, p. 1311.

Gabriel. — Lancet, 1891, I, 1149.

Gallard. — Clinique médicale, 1877, p. 220.

Garcia Rijo. — Cronica med. qui. de la Habana, 1892.

Gauverit. — Th. Paris, 1849.

De Gennes et Kirmisson. — Arch. de méd., 1886, II, 288.

Geschwind. — Arch. de méd. et ph. mil., 1889, p. 203.

Gesenius. — Deutsche med. Woch., 1882, p. 512.

Girard. — Arch. de méd. navale, 1889, p. 370.

Godlee. — Brit. Med. Journ., 1890, I, 61.

Greig-Smith. — Chirurgie abdominale, 1889, p. 577.

Grémillon. — Th. Paris, 1889.

Grimthaw. — Brit. med. journal, 1874, I, 465.

Guéneau de Mussy. — Clin. médicale, t. IV, p. 497.

Hammond. — Journal nerv. a ment. dis. Chicago, 1880.

Harley. — British méd. journal, 1889, p. 1145.

Hashimoto. — Archiv für klin. Chirurgie, 1885, p. 38.

Haspel. — Gaz. méd., 1846, p. 897.

Hayem. — Soc. anat., 1869, p. 237.

Hector. — Cronica méd. qui. de la Habana, 1888.

Heitler. — Wiener med. presse, 1873, p. 585.

Herrlich. — Deutsche méd. Woch., 1886, p. 139.

Hirtz. — Soc. anat., 1875, p. 133.

Hough. — Lancet, 1888, I, 176.
Justi. — Deutsche Zeitschrift. f. chir. 1882, p. 166.
Kartulis. — Deutsche med. Woch., 1886, p. 445.
Kelsch et Kiener. — Traité des mal. des pays chauds, 1889.
Köllner et Schlossberger. — Deutsche Archiv f. Klin. med., 1883, p. 605.
Kreig. — Medicin. Zeitung, 1840, n° 9.
Laforie. — Soc. anat. 1866.
Laveran. — Soc. méd. des Hôpit., 1890.
Langlet. — Soc. anat., 1866.
Lavigerie. — Th. Paris, 1866.
Lauenstein. — Deutsche med. Woch. 1889, p. 1002.
Legrand. — Arch. de méd. nav., 1891, p. 363.
Léo. — Arch. de méd. navale, 1890-1891.
Little et Ayme. — Arch. de méd. navale, 1880.
Mabboux. — Revue de chirurgie, 1887, p. 364.
Mac Lean. — Brit. med. jour., 1874, p. 368.
Mac Leod. — Brit. med. journal, 1891, II, 1345.
Mac Munn. — Lancet, 1892, I, 416.
Manson. — Brit. med. journal, 1892, I, 162.
Mattei. — Union méd., 1858, p. 604.
Matthews. — Observations ou hepatic deases in the East Indies 1783 (Biblioth. nation. T. d. 115-16).
Martin. — Th. Paris, 1302.
Menocal. — Rivista de ciencias med. de la Habana, avril, 1892.
Mittre. — Th. Lyon, 1887.
Monastyrski — S. Pétersb. med. Woch., 1887, p. 53.
Monod. — Médecine moderne, 1892.
Moore. — Med. Press and Circular, 1867.
Mossé. — Soc. anat., 1877.
Musser. — Cyclopœdia of the diseases of children, 1890, t. III, p. 466.
Nasse. — Deutsche medic. Woch., 1891, p. 881.
Navarre. — Lyon médical, 1886, p. 67.
Netter. — Soc. clinique, 1882, et Soc. méd. des hôp., 1890.
Nothnagel. — Deutsch. med., Woch. 1886, p. 880.
Oberlin. — Arch. de méd. mil., 1884, p. 262.
Omont. — Normandie médicale, 1889.

Paolucci. — Il Morgagni, 1878, p. 885.
Para. — Annales médico-chirurg., 1885.
Payne. — Lancet, 1888, I, 1310.
Pel. — Berlin. Klin. Woch., 1890, p. 765.
Pereira. — Indian medical Gazette. Calcutta, 1890, p. 170.
Petit le fils. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, 1753, p. 59.
Peyrot. — Soc. de chirurgie, 1891.
Pimser. — Wiener medic. Wochens., 1883, p. 1244.
Plinatus. — S. Petersb. med. Woch., 1887, p. 29.
Prioleau. — Journal de médecine de Bordeaux, 1883-84.
Prud'homme. — Gaz. des Hôp., 1869, p. 502.
Rabaine. — Journal de médecine de Bordeaux, 1884, p. 264.
Ramonet. — Arch. de méd. et ph. mil., 1887, p. 321.
Ransohoff. — Berlin. klin. Woch., 1882, p. 601.
Ralfe. — Lancet, 1877, II, 124.
Rendu. — Dict. Encyclop. Article Foie, et Clin. méd., 1890.
— France médicale, 1882.
Renvers. — Berliner klin. Woch., 1890, p. 165.
Rochard. — Académie de médecine, 1881.
Roskam. — Annales de la Soc. médico-chirurg. de Liège, 1888.
Roughton. — Lancet, 1891, II.
Rozemont-Malbot. — Arch. de méd. milit., 1889, p. 209.
Riboli. — In Schmidt's Jahrb., 1859, p. 177.
Rusch. — Berlin. Klin. Woch., 1889, p. 862.
Sachs. — Gaz. hebdomad., 1868.
Saint-Vel. — Gaz. hebdomad., 1880, p. 20.
Scheuthauer. — Jahrbuch. f. Kinderh., 1879, p. 63.
Segond. — Traité de chirurgie, t. VII, p. 224.
Scull. — Cronica med. quirurg. de la Habana, 1876.
Singer. — Prager med. Woch., 1884, p. 283.
Sollaud. — Arch. de méd. navale, 1882, p. 406.
Tomaselli. — Rivista clinica e terapeutica, 1885, p. 281.
Tomassi. — Il Morgagni, 1880, p. 564.
Tomes. — Lancet, 1886, II, 668.
Thomas et Raynaud. — Arch. méd. nav., 1887, p. 229.
Tournier. — Province médicale, 1889, p. 556.
Triadou. — Montpellier médical, 1862, p. 125.
Vallin. — Union médicale, 1874, p. 486.

Vedel. — Tribune médicale, 1880, p. 245.
Veillon et Jayle. — Soc. de biologie, 1891.
Villari. — Medical Record New-York, 1891.
Younge. — Medical Press and Circular, 1889, p. 202.
Zehnder. — München. medic. Wochensch., 1890, p. 322.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DIAGNOSTIC DES ABCÈS DU FOIE

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE.

HENRI JOUVE, imprimeur de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris

